

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1908, à 1 heure

Par **André MINON**

Né à Orléans (Loiret), le 1^{er} octobre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSTOCIE PAR LES CALCULS DE LA VESSIE

Président : M. BAR, professeur.

Juges : MM. HARTMANN, LENORMANT et JEANNIN, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique médicale.	
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique chirurgicale.	De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique d'accouchements.	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance pour leur abnégation.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Il nous a été donné d'observer l'an dernier, pendant notre année d'externat à la maternité de Saint-Antoine, un cas de dystocie, due à la présence dans la vessie de deux calculs volumineux.

L'erreur de diagnostic à laquelle ceux-ci donnèrent naissance ; l'intervention heureuse dont la malade fut l'objet de la part de notre maître M. le Dr Brindeau, la rareté de ces faits dans la littérature française, nous ont engagé à rassembler les observations publiées tant en France qu'à l'étranger, et à tenter d'en dégager l'enseignement clinique qu'elles comportent.

Mais avant de commencer cette étude, nous ne saurions nous dérober au doux devoir d'adresser ici l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux et particulièrement à M. le professeur agrégé BRINDEAU, dont les conseils bienveillants autant que savants ne nous ont jamais fait défaut soit au cours de nos études, soit au cours de ce travail.

M. le professeur RECLUS nous a initié à la science de la chirurgie.

M. le professeur agrégé LAUNOIS, dont la sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie, a guidé nos premiers pas à travers la médecine.

M. le D^r BRAULT et M. le professeur agrégé GOUTET complétèrent notre éducation médicale.

Nous avons eu l'honneur de suivre l'enseignement magistral de M. le professeur Guyon, dans le service duquel nous passâmes notre première année d'externat.

Notre seconde année se passa dans le service de M. le D^r NETTER qui nous fit profiter de ses leçons si claires et si précises sur les maladies des enfants.

A la maternité de Saint-Antoine, nous eûmes l'honneur d'être tout d'abord l'externe de M. le professeur BAR, puis de M. le D^r DOLÉRIS.

Qu'ils veuillent bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude pour les enseignements précieux qu'ils nous donnèrent en obstétrique et gynécologie.

Externe de M. le professeur GAUCHER, nous avons pu profiter de sa haute compétence dermatologique, et syphiligraphique. Nous n'oublierons jamais ses leçons sur la pathologie et la thérapeutique des affections de la peau.

Nous adressons respectueusement à M. le professeur BAR l'expression de nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider cette thèse.

HISTORIQUE

Tout le monde sait que les calculs de la vessie ne sont pas, en général, fréquents chez la femme : la complication de l'accouchement du fait même de leur présence est une éventualité très rare.

Le premier cas rapporté par Louise Bourgeois date de 1644, et est publié dans son *Manuel des sages-femmes*.

Le nombre de ces cas observés pendant la grossesse, pendant le travail et dans les couches, que Meyer-Ruegg donne dans le *Manuel de Winckel*, paru à Vienne en 1905 (22), doit décidément être considéré comme inférieur à la réalité.

Depuis Winckel, dans le *Traité de Pilha-Billroth* (1879), sur lequel l'exposé de Meyer-Ruegg semble s'appuyer, on n'a pas rapporté beaucoup de nouveaux cas.

Nous avons pu, en nous servant des travaux d'Hugenbergger (1875), de Ludwig (1903) et de Wagner (1907), et après avoir parcouru la littérature médicale française, réunir cinquante-deux cas de calculs vésicaux chez la femme enceinte, en travail ou accouchée.

∴

Une femme porteuse d'un calcul de la vessie devient enceinte. Que va-t-il se passer ? La grossesse évoluera-t-elle normalement, ou au contraire sera-t-elle troublée dans sa marche ?

Nous n'avons pas trouvé mention de cas où le calcul ait été la cause directe de l'interruption d'une grossesse, ce qui pourtant *à priori* ne semblerait pas devoir être impossible.

Pourtant, en général, en dehors des troubles dus à la pierre et à la cystite et très souvent aussi à la pyélite concomitante qui s'exagèrent du fait même de la grossesse et obligent alors la femme à garder la position couchée, on n'aura guère à craindre la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

Par contre, il semble que le voisinage de l'utérus gravide doive avoir quelque influence sur la vessie.

Observation I. — PHOCAS à ce sujet cite le cas suivant, dû à BYRNE.

Cas d'une femme enceinte pour la première fois qui à la fin du sixième mois fut surprise un matin de ne pouvoir expulser une seule goutte d'urine.

La journée et la nuit suivante se passèrent dans des souffrances et des efforts inutiles ; enfin, au moment d'un effort plus énergique, la malade entendit tout à coup le choc bruyant d'un corps dur tombant dans le vase et se trouva immédiatement soulagée.

Le calcul formé de phosphate tribasique de chaux mesurait plus de 1 pouce en longueur, 1 pouce en largeur et $\frac{3}{4}$ de pouce en épaisseur ; il pesait 120 grammes.

Nul doute que le voisinage de l'utérus gravide n'ait influencé par action réflexe la vessie et n'ait imprimé à cet organe, jusque-là tolérant pour le calcul, une activité qui s'est traduite par l'expulsion spontanée de la pierre.

Ludwig, qui avait cité Phocas, dans son travail, ajoute qu'il n'y eut pas d'incontinence consécutive, ni d'interruption de la grossesse.

Dans les cas où l'on observe le maximum de tolérance du côté de la vessie, il semble que l'on se trouve surtout en présence de femmes d'un certain âge, multipares, ayant un passé urinaire, cystite chronique, cystocèle, on conçoit donc comment ces malades, devenant enceintes, ne souffrent pas outre mesure de la poussée nouvelle que la grossesse va donner à leur affection ancienne, et, par suite, à la pierre qui sera dans les meilleures conditions pour son développement et son accroissement.

Les douleurs plus intenses dans le bas-ventre seront mises, par la femme, sur le compte de l'état de grossesse dans lequel elle se trouve. Il pourra arriver qu'elle ne consulte même pas son médecin à ce sujet. On voit par là comme il sera facile pour le calcul de passer inaperçu ; d'autant que la largeur, la brièveté et la dilatabilité de l'urètre féminin favorisent sin-

gulièrement l'élimination spontanée des formations calculeuses de la vessie.

Tout cela, joint aux conditions particulières dans lesquelles se trouve la vessie contenant un calcul, nous semble, en somme, suffisamment expliquer pourquoi le calcul est si rarement cause de dystocie.

Si la grossesse évolue normalement, les phénomènes sont loin d'être identiques, quand se manifeste le travail. A cette période, les calculs vésicaux sont, en général, une sérieuse complication : ils s'enclavent entre la tête fœtale qui se présente et la symphyse ou le sacrum comme dans l'observation de M. Brindeau, et forment un obstacle très grave à la descente et à la progression de la tête, au point même de les rendre impossibles ; cependant, lorsque le corps étranger est petit ou très friable, l'obstacle qu'il présente peut être surmonté par les seuls efforts naturels. Mais, quand ils possèdent un certain volume, et que leur consistance est dure, ils ont pu nécessiter une manœuvre obstétricale qui n'est pas souvent sans endommager fortement les parties molles maternelles.

1° Sept fois on dut recourir à une application de forceps pour terminer l'accouchement ; et, dans six de ces cas, on eut à déplorer des fistules et une incontinence plus ou moins durable.

Observation II. — P. DUBOIS. Chez une primipare en douleurs depuis de nombreuses heures, chez qui la tête était profondément fixée, trouve une tumeur solide faisant saillie à 6 ou 8 lignes derrière la symphyse.

Une application de forceps termina rapidement et heureusement l'accouchement.

Dans la suite la tumeur se montra être un volumineux calcul de la vessie qui fut extrait quelques mois après (comment ?)

Observation III. — RICHARD enleva un calcul de la vessie qui, dans une large ouverture faisant communiquer la vessie et le vagin, était resté fixé à la suite d'une pénible application de forceps.

Observation IV. — NAGEL fit une pénible application de forceps sur une femme chez qui, malgré de bonnes et fortes contractions, le travail ne progressait pas.

Huit semaines plus tard, il pratiqua l'extraction du calcul.

Observation V. — STIERLIN rapporte qu'une femme de 28 ans souffrait depuis longtemps de douleurs dans le bas-ventre dues à la présence de formations calculeuses dans la vessie.

À la suite d'un accouchement terminé par un forceps, il se forma une fistule vésico-vaginale, au travers de laquelle, dans la suite, Stierlin enleva un calcul phosphatique peu dur de 78 grammes.

Observation VI. — KOEUWER au cours d'un forceps pénible, avec l'enfant sortit une pierre grosse comme un noyau de pêche. Pendant les trois premières semaines du puerpérium, incontinence ; on trouve sur la gauche une déchirure de la *laquear portio* et à sa partie supérieure, un orifice perméable à la sonde.

Dans la suite, l'incontinence rétrocéda, mais il se développa une pyonéphrose avec dilatation secondaire de l'uretère, néphrectomie. Guérison.

HUGENBERGER (voir Observation XLVI) (1^{er} cas) fit une application de forceps chez une multipare dont l'accouchement était impossible et fut assez heureux pour pouvoir repousser la pierre dans le trou ovale droit.

Tout se termina sans lésion des parties molles.

Observation VII. — PINARD fit une application de forceps au détroit supérieur sur une tête qui ne s'engageait pas.

La femme eut une fistule vésico-vaginale par laquelle furent expulsés les jours suivants les débris d'un calcul qui, pincé entre le pubis et la branche antérieure du forceps, avait été broyé pendant l'opération.

On voit, d'après ces observations que, chez une femme porteuse de calculs de la vessie, l'application de forceps a un pronostic plutôt fâcheux.

2° La craniotomie fut pratiquée trois fois.

Observation VIII. — TRELFALL, chez une femme de 34 ans, à son troisième accouchement, trouve une tumeur immobile et dure, s'étendant jusqu'à l'échancrure sacro-sciatique droite, de 4 pouces de long sur 3 pouces de large, rétrécissant l'excavation jusqu'à 2 pouces 1/2 et empêchant le passage de la tête fœtale située au-dessus.

Trelfall et un de ses collègues qu'il avait appelé près de lui, font de la tumeur un ovaire dégénéré.

Ils n'explorent pas la vessie et escomptent la terminaison de l'accouchement sans manœuvres obstétricales.

Enfin, mais trop tard, par suite de l'épuisement de la malade, on fait la craniotomie.

La femme meurt le soir suivant.

A l'autopsie, la tumeur est molle, relâchée, à l'intérieur du bassin ; à l'aide d'une sonde on reconnaît alors une pierre qui est recueillie ; elle pèse 6 onces, 5 drachmes, 3 grains.

D'après ce que l'on put savoir plus tard, la femme aurait déjà souffert auparavant, d'ischurie et aurait senti glisser un corps dur dans son vagin.

Observation IX. — ERICHSEN pratiqua la colpocystotomie chez une femme de 26 ans pour calcul vésical.

Trois semaines auparavant, l'opération avait été déjà décidée au cours d'un accouchement qui s'était terminé par une craniotomie.

Depuis ce temps, l'état de la malade était languissant. La mort survint huit jours après l'opération.

L'autopsie montra la plaie en bon état ; les deux urètres étaient considérablement dilatés, et le rein gauche par suite d'un ancien processus morbide fut trouvé dégénéré.

WAGNER.—(V. observation LI.) Après une tentative infructueuse de version, pratiqua la craniotomie chez une primipare de 36 ans qui avait un calcul de la vessie et dont l'accouchement, malgré de violentes douleurs expulsives n'avait aucune tendance à se terminer spontanément.

3° L'extraction manuelle fut pratiquée deux fois. Une fois ce fut pour les épaules et le tronc retenus

dans l'excavation, dans l'autre cas, ce fut pour la tête.

Observation X.— WILLOUBHY, en 1640, chez lady Griffin dut pratiquer à l'aide des mains l'extraction des épaules et du tronc qui étaient retenus au détroit supérieur. Au moment du passage de la tête, une foule de petits calculs étaient pénétrés dans le col vésical et empêchèrent alors la terminaison spontanée de l'accouchement.

Ils s'éliminèrent dans la suite à travers une grande fistule qui s'était ouverte.

Lady Griffin resta toute sa vie porteuse de cette fistule incurable.

Observation XI. — P. AMAND est appelé en 1714 auprès d'une femme enceinte de 8 mois, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, et à la suite d'un coup de poing, reçus tous deux dans le ventre, ressent prématurément les douleurs de l'enfantement.

Après de violentes douleurs expulsives mais sans résultat, la femme tombe en convulsions.

Il trouve dans l'excavation la tête d'un enfant mort et macéré et pratique l'accouchement et la délivrance artificielle.

Gangrène étendue des organes génitaux et incontinence d'urine.

Le quinzième jour après l'accouchement, au milieu de violentes douleurs, elle commence à expulser quelques petites pierres de la vessie, et P. Amand extrait, en outre, (il ne dit pas comment), par l'urètre, une masse charnue de la forme

d'une olive, contenant quinze petits calculs de différentes grosseurs. Dans la suite la femme en élimina encore soixante-quinze.

4^e Enfin la dernière opération à laquelle on s'adressa pour terminer l'accouchement fut la césarienne.

Nengebauer dont l'observation est citée au chapitre Diagnostic (v. obs. XXV) fit la première.

Le second cas est celui de M. le Dr Brindeau (V. obs. LII).

A côté de ces cas ayant nécessité une opération obstétricale, il en est d'autres où l'accouchement fut spontané, malgré la présence de calculs souvent volumineux de la vessie. Il est vrai que ce ne fut pas sans violentes douleurs pour la parturiente, et que presque toujours il y eut à déplorer des délabrements importants du côté des parties molles qui furent le début d'une incontinence durable.

Dans une seule observation, la présence d'un calcul assez volumineux ne gêna en rien la marche du travail et ne fut pendant le cours de l'accouchement la cause d'aucune complication.

Observation XII. — MILEWSKI enleva par la colpocystotomie un calcul de la vessie de 140 grammes, ayant 7 centimètres et 5 centimètres d'épaisseur et 14 cm. 5 de circonférence. La femme, peu de temps auparavant, avait accouché spontanément d'un bel enfant sans qu'il y ait eu aucune lésion à déplorer.

Observation XIII. — OLIVER rapporte l'observation suivante ;

Six semaines après son cinquième accouchement une femme ressentit de la difficulté à uriner, depuis, ses urines étaient purulentes.

On trouva dans la vessie une pierre que la femme portait vraisemblablement depuis sept ans.

Elle était située dans un diverticule ; elle n'avait jamais produit la moindre réaction jusqu'au jour où l'accouchement amena une violente inflammation.

Ici les accidents furent tardifs, et tout en étant en rapport avec l'accouchement qui avait eu lieu quelque temps auparavant, ne sont pas de ceux que l'on a l'habitude d'observer.

Observation XIV. — LOUISE BOURGEOIS enleva, mais elle ne dit pas comment, de la vessie d'une femme accouchée trois mois auparavant, qui souffrait de dysurie, un calcul qu'elle pensa s'être logé dans le col de la vessie, du fait de l'accouchement.

Observation XV. — HENRY JACKSON (cité par Aveling). Une femme, mère de nombreux enfants, avait vu ses derniers accouchements quoique terminés spontanément, devenir plus laborieux.

La dernière fois on s'aperçut que l'obstacle à la marche normale de l'accouchement était un calcul siégeant dans l'urètre.

Le Dr Overend l'enleva par l'urétrotomie, après des souffrances de plusieurs mois de la part de la malade.

Il ne fit aucune suture et ne posa pas de sonde à demeure. La plaie était complètement guérie en trois semaines, seulement après un tamponnement serré et répété du vagin, avec de la charpie sèche.

L'expulsion de la pierre pendant le travail, et à travers l'urètre, put amener la terminaison de l'accouchement. Sans formation de fistule, mais avec une suite encore fâcheuse, l'incontinence : C'est cette même conséquence, par suite d'un mécanisme identique, que l'on observe quand pousse la dilatation de l'urètre au delà d'une certaine limite.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question quand nous parlerons du traitement.

Observation XVI. — COHN rapporte dans Ratibor sous le titre : « Césarienne manquée » le cas suivant :

Trois médecins accoucheurs avaient pris un calcul de la vessie pour une exostose du bassin qui avait amené un rétrécissement des diamètres conjugués (2 pouces 1 2). Enfant vivant.

L'opération césarienne tout d'abord différée, puis bientôt remise en question doit être chose faite dans une heure.

Les médecins se retirent pour se préparer.

Quand ils reviennent, ils trouvent la femme heureusement délivrée d'un bel et gros enfant du sexe féminin.

La malade ne consentit plus dans la suite à se laisser examiner une seule fois.

Le lendemain elle confie à l'un des médecins qu'aussitôt après la naissance de l'enfant elle avait souffert de rétention

d'urine, qui aurait disparu brusquement, après la chute dans le vase d'un corps dur, et cela au milieu de violents efforts.

Ce corps était un calcul de la vessie mesurant 1 pouce 3/4 de long sur 3/4 de pouce de large et 1/4 de pouce d'épaisseur, de forme ronde et allongée.

Cohn pense que la pierre par suite de sa forme et sous l'influence de la pression exercée par la tête, avait été profondément poussée à travers l'urètre dilaté.

La tête l'enfonça dans l'orifice béant. Comme elle ne gênait plus la descente de la partie fœtale, la pierre resta comme piquée dans l'urètre.

Plus tard, par suite de la pression de l'urine accumulée derrière elle, elle fut expulsée dehors.

Une incontinence de longue durée s'installa.

Observation XVII. — SMELLIE rapporte le cas d'un accouchement dans lequel la sage-femme sentit au-devant de la tête fœtale un corps dur, empêchant le cours normal du travail.

Malgré cela elle n'appela pas de médecin auprès d'elle.

Au milieu de violentes douleurs, la femme expulsa une pierre de la grosseur d'un œuf d'oie pesant de 5 à 6 onces. Immédiatement après, elle donna le jour à un enfant vivant.

La malade garde une incontinence incurable.

Observation XVIII. — AVELING cite le cas d'une femme qui, quatre jours après son accouchement souffrit de rétention d'urine ; après l'expulsion d'un calcul, l'incontinence s'établit et dura quinze mois.

Le calcul, sous l'influence de la pression exercée par la tête, peut se faire jour au dehors par une autre voie que le col de la vessie et l'urètre dilaté, ou simplement déterminer une attrition telle des tissus que l'on assiste à la formation d'une fistule vésicovaginale. Cette dernière est alors le point de départ d'une incontinence durable et souvent très difficile à guérir, étant donné que les délabrements sont plus étendus que tout à l'heure, et la perte de substance parfois assez importante.

Observation XIX. — LOWDWELL retira un calcul de la vessie avec une pince spéciale, après dilatation extemporanée de l'urètre par le dilateur de Weiss.

Sept mois auparavant, la femme, âgée de 34 ans, avait eu un accouchement laborieux mais spontané. À la suite duquel elle avait conservé une fistule vésicovaginale.

Observation XX. — BACKER BROWN opéra une fistule vésicovaginale datant de sept ans, qui s'était développée à la suite d'un accouchement spontané, mais compliqué par la présence d'un calcul dans la vessie.

La femme était âgée de 48 ans et mère de dix enfants. Le dernier de ceux-ci, un an avant l'opération, était venu au monde dans les conditions normales, alors que la femme avait déjà sa pierre et sa fistule.

Le calcul mesurait 2 pouces de long, 1 pouce de large, et 3 p. 1/2 de circonférence.

Après dilatation de l'urètre, le calcul fut extrait. Tout près de l'orifice de l'utérus se trouvait l'ouverture de la fistule.

Après avivement préalable et mobilisation de ses bords, elle fut cautérisée et au bout de vingt jours la guérison était complète.

Observation XXI. — GUILLEMEAU trouva, dans le col de la vessie d'une multipare, un calcul qui empêchait l'écoulement de l'urine. Il la repoussa avec une sonde métallique et put alors évacuer librement l'urine de la vessie.

Pourtant, pendant l'accouchement le calcul pénétra à nouveau dans le col de la vessie. Celui-ci, par suite de la longue compression qu'occasionna la tête de l'enfant fut tellement endommagé, qu'il se produisit une perforation, et par suite une incontinence de longue durée.

Observation XXII. — ZINSTMEISTER présenta, en 1889, à la Société d'obstétrique de Vienne une malade atteinte de fistule vésicovaginale produite pendant le travail, et due à la présence d'un calcul dans la vessie.

Observation XXIII. — KLEINSCHMIDT dans sa thèse inaugurale (Würzburg 1896) rapporte le cas d'une femme chez laquelle à la suite d'un accouchement spontané, il s'était produit une fistule vésicovaginale, due également à une formation calculeuse de la vessie.

La fistule se combla d'elle-même par la suite.

Observation XXIV. — POISS enleva chez une femme de 29 ans, trois calculs phosphatiques du poids total de 28 grammes. Les pierres s'étaient formées vraisemblablement pendant une grossesse qui avait eu lieu trois ans auparavant.

On trouvait en effet, sur la paroi antérieure du vagin, des cicatrices, stigmates des lésions qu'avaient produites ces calculs au moment du travail.

Il est certain ainsi que le dit Ludwig, qu'on peut considérer ces cicatrices comme le reliquat de sérieuses complications ayant accompagné les accouchements antérieurs.

En résumé ce simple exposé suffit à montrer le danger que courent les femmes porteuses de calculs de la vessie, même de moyen volume, du fait seul de l'accouchement.

Mais la plupart du temps, ce phénomène est impossible, soit que le siège et le volume de la pierre rétrécissent beaucoup le détroit supérieur, soit qu'elle soit la cause d'une présentation vicieuse, ainsi que cela eut lieu pour la malade de M. Brindeau.

Dans l'un comme dans l'autre cas, la femme est menacée de la plus grave complication : la rupture utérine.

Nous verrons d'ailleurs un peu plus loin les moyens à employer pour éviter cette éventualité. Mais avant cela, il est indispensable d'apprendre à reconnaître la cause de la dystocie pour y remédier et la faire disparaître.

DIAGNOSTIC

Est-il facile, en face d'une femme en travail, dont les contractions sont bonnes et puissantes, mais n'arrivent pas à triompher de la résistance qui s'oppose à la descente de la tête fœtale, de faire le diagnostic du calcul vésical, cause de cette dystocie ?

Tout dépend, disons-le de suite, du siège et de la variété des calculs à laquelle on a affaire.

Dans d'autres cas il suffit d'y penser. On introduit un cathéter métallique dans la vessie, on perçoit le choc métallique, le diagnostic se fait de lui-même. On se trouve alors en présence d'un calcul occupant la cavité vésicale, et qui, sous l'influence des contractions utérines et de la pression de la tête fœtale, se trouve fixé, enclavé entre cette dernière et la partie correspondante de la symphyse.

Le toucher montre le sommet élevé, et au-devant de lui, une tumeur plus ou moins médiane, dure, bien limitée, à laquelle, en général, on peut imprimer quelques petits mouvements de latéralité.

La présomption que l'on pouvait avoir en faveur du calcul de vessie devient certitude, quand on a introduit le cathéter métallique.

L'interrogatoire aussi peut mettre sur la voie du diagnostic :

La malade accuse un passé urinaire : douleurs dans le bas-ventre, antérieures à la grossesse, avec ou sans irradiation, et crises de rétention d'urine, exagérées par le mouvement, les changements de position, etc.

Hématuries, pyurie, pollakiurie, on se trouve donc dans cette première hypothèse en face d'un calcul siégeant dans la vessie, et qui s'est fixé derrière le pubis sous l'influence du travail.

Il est une autre variété de calculs, qui, étant pour ainsi dire, exclus de la vessie, n'offrent plus du tout la même symptomatologie, et qui, au point de vue obstétrical, présentent certaines particularités : ce sont des calculs enchatonnés. Le D^r Moreau (thèse, Paris, 1903) en a donné une étude très documentée et pleine d'intérêt.

Tout d'abord le point, où l'enchatonnement est le plus fréquent, est le bas-fond vésical.

Si l'on considère la position de la vessie qui est située au-dessous du détroit supérieur, ainsi que la direction que suit l'enfant, lorsque sous l'influence des contractions utérines, la présentation descend dans l'excavation, on se rend facilement compte de l'entrave que la présence du calcul apporte à la marche de l'accouchement ; il faut considérer aussi le

changement de position que le travail va imprimer au calcul et à la vessie comprise dans un diverticule, la tumeur, au lieu d'être franchement postérieure, deviendra latérale, et viendra s'appliquer contre les parois osseuses du bassin. On comprend alors comment on ait pu, à l'examen, prendre la pierre pour une tumeur développée aux dépens des parois osseuses du bassin.

De plus, l'examen de la vessie peut encore nous mettre en défaut ; le cathéter métallique ne rencontrant pas la pierre développée dans un diverticule.

Pourtant dans le cas de M. Brindeau où l'on avait affaire à un calcul enchatonné, le diagnostic eût été fait, à coup sûr, si l'on avait employé une sonde en verre pour sonder la malade ; il y avait, en effet, un deuxième calcul, qui, lui, était libre dans la vessie.

Si l'on ajoute à cela que l'interrogatoire de la malade peut ne donner, en règle générale, que de très minimisés renseignements, on conçoit, dès lors, qu'il n'est pas aisé parfois d'arriver au diagnostic.

En outre, chez la grande multipare dont les tissus sont parfois très relâchés, la vessie, au lieu d'occuper l'espace qui lui est réservé normalement entre l'utérus et la paroi abdominale, à l'état de distension a souvent la forme d'un cœur de carte à jouer ; elle s'étale de chaque côté de l'utérus, et est en quelque sorte bicornue.

Cette déformation peut être irrégulière. Suivant le développement que prend l'une ou l'autre de ces cornes, On conçoit aisément la facilité avec laquelle

des calculs peuvent se développer à leur intérieur, l'urine stagnant en cet endroit.

D'autre part, on voit que cette disposition chez la femme enceinte multipare peut encore compliquer le diagnostic. Inutile de dire que le calcul peut être libre ou enchatonné.

Les affections auxquelles on se rattache le plus volontiers pour expliquer le dystocie, étant donné la dureté de la tumeur qui en est la cause sont les exostoses du bassin et les enchondromes.

Ce fut pour une exostose que pencha tout d'abord Wagner (v. obs. LI).

Observation XXV. — NEUGEBAUER. — Fit chez une femme enceinte le diagnostic de tumeur de la branche descendante du pubis, à cause de laquelle il pratiqua l'opération césarienne.

Ce n'est que six mois plus tard que l'on découvrit la réalité : il se déclara une cystite avec formation d'abcès.

On découvrit que la cause en était dans la présence d'un calcul enchatonné. La pierre fut extraite, néanmoins il se produisit une perforation avec propagation au péritoine qui amena la mort de la femme.

On connaît déjà le fait arrivé à *Cohn*, et qu'il intitula césarienne manquée. Ici encore on croyait être en face d'une tumeur osseuse du bassin.

Observation XXVI(SAINCLAIR). — SAINCLAIR prit pour un exostose du bassin un calcul vésical, qui, trois mois plus tard,

après une fausse couche, sortit spontanément au travers d'une fistule vésico-vaginale.

Observation XXVII. — WINCKEL qui rapporte ce fait dans le *Manuel de Pitha*. Billroth, ajoute que dernièrement il prit une pierre fortement fixée derrière la branche horizontale du pubis pour une tumeur développée à ce niveau.

Observation XXVIII. — P. DUBOIS (Thèse de concours 1834) prit un calcul de la veine pour une tumeur de la symphyse.

Les enchondromes peuvent arriver à avoir le volume d'une tête d'enfant naissant, leur point de départ, dans le petit bassin se trouve, le plus souvent dans le voisinage d'une des articulations sacro-iliaques. Leur surface est inégale et bossuée de grosses protubérances dont les unes sont dures et les autres fluctuantes,

Ces tumeurs peuvent se pédiculiser, leur pédicule se rompre ; on conçoit donc comment il lui serait possible de venir se placer entre la tête et les os du bassin, à un endroit où on n'a pas l'habitude de rencontrer l'enchondrome.

Le toucher rectal devra être pratiqué dans tous les cas et sous chloroforme. Néanmoins son contrôle, très précieux, n'est pas toujours suffisant et c'est ce qui explique, dans l'observation de M. Brindeau comment l'erreur de diagnostic fut commise ; dans tous les cas on n'arrive pas à sentir la crépitation parcheminée caractéristique.

L'ostéosarcome chez la femme est relativement plus fréquent au niveau du bassin qu'au niveau des os des membres.

M. Bar en a signalé un cas chez une femme enceinte sur laquelle il dut pratiquer la césarienne

Cette tumeur se développe très rapidement et acquiert souvent un tel volume qu'elle peut obstruer complètement le bassin.

Au début la tumeur est fournie de masses assez irrégulières, d'une dureté caractéristique. Mais l'état général s'altère rapidement, et c'est une notion dont il faut tenir compte dans le diagnostic.

A côté de ces deux affections, il convient d'en ajouter quelques autres, qui, tout en étant plus rares que les précédentes, doivent de même entrer en ligne dans la discussion :

M. Bar a signalé un cas de kyste à paroi créacé du volume d'une orange, développé contre la symphyse sacro-iliaque gauche.

L'hématocèle est une rareté pendant la grossesse, et sera plutôt une cause de diminution de contractilité utérine plutôt que de dystocie vraie.

Les fibromes développés au niveau du périoste du bassin peuvent être, ainsi que les fibromes du segment inférieur de l'utérus, une cause de dystocie. Enfin, signalons une variété singulière de tumeur du petit bassin dont il y a peu de cas dans la science, c'est l'ectopie pelvienne du rein. Dans un cas l'obstacle fut tel qu'il y eut une rupture de l'utérus.

Il faudra aussi éliminer les tumeurs développées au niveau du rectum, ou des ganglions.

On se rappelle que Trelfall prit une pierre volumineuse pour un kyste de l'ovaire, fixé comme un coin entre la tête et la paroi antérieure du vagin.

Ce kyste pédiculé, peut aussi occuper le cul-de-sac postérieur.

On le reconnaîtra aux caractères habituels du kyste de l'ovaire : tumeur arrondie fluctuante et indolore.

Le diagnostic en sera donc facile avec le calcul, siégeant soit derrière la symphyse, soit au niveau du sacrum.

D'après Neugebauer, le diagnostic devrait être fait également avec les phlébolithes du tissu paravaginal.

Il y a lieu de tenir compte aussi des tumeurs qui peuvent se développer aux dépens de la paroi vésicale : le carcinome.

Dickey (*British medical Journal*, 9 déc. 1899) voulut opérer une femme de 50 ans de calcul vésical, qu'il prenait pour un carcinome.

La malade expulsa spontanément une pierre, pendant qu'elle se rendait auprès du chirurgien pour l'opération.

Polaillon (*Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 132) assista à l'expulsion d'une pierre pesant 140 grammes, de 7 centimètres de long à travers la paroi antérieure du vagin.

Un médecin avait fait le diagnostic de carcinome et attendait la fin prochaine de sa malade.

Observation XXIX. — LUDWIG (*loc. cit.*). — « Dans un cas observé par moi où la vessie étaient entièrement remplie de concrétions calculeuses, j'avais, au premier moment, pensé avec plusieurs de mes collègues à un carcinome, qui se serait sphacélé, à cause de l'odeur putride et infecte de l'urine.

Le fibrome de la vessie, qui, deux fois accompagna la grossesse. (Cas de Breuncke (*Centralblatt für Gynæko*, 1879, p. 177), et une autre fois, compliqua l'accouchement. Cas de Faye (ref. in *Schmidts Jahresl*, livre 153, p. 294).

Par suite de la présence d'un fibromyome du volume d'une tête d'enfant, plongeant dans le petit bassin et ayant un prolongement le long de l'urètre gros comme un œuf de poule, on dut faire la basiotripsie.

Enfin mentionnons comme rareté que Birnbaum (cité par Winckel), F. Schmidt (thèse Halle, 1893), Siller (*Centralblatt f. Gynæko*, 1901, p. 1305), Haupt (thèse Halle, 1903, 3^e cas) avaient observé un kyste hydatique développé entre la vessie et l'utérus. Les cas de Delacourt, Boissard, Coudert, montrent que les kystes hydatiques du bassin peuvent être un gros obstacle à l'accouchement.

TRAITEMENT

Si le diagnostic de calcul vésical est fait pendant la grossesse, il faut à tout prix enlever la pierre avant le travail, car dans la plupart de cas publiés, elle interrompt le cours normal de l'accouchement, en tant qu'obstacle mécanique, et fut pour la malade la cause de sérieux dommages : lésions des parois vésicovaginales ou du sphincter vésical.

Enlever le calcul, pendant la grossesse, c'est prévenir et éviter la dystocie au moment du travail.

La principale objection que l'on peut présenter à l'encontre, à savoir : la possibilité de l'interruption de la grossesse du fait de l'intervention sur la vessie, ne doit pas nous arrêter.

Jamais, en effet, on n'a enregistré ce fait, à la suite des opérations variées que l'on a pratiquées pour extraire la pierre.

Le cas malheureux que rapporte Rosenfeld ne doit pas en imposer pour l'abstention de l'opération puisque sa malade fit son avortement sous l'influence de

l'infection pneumonique, qui d'ailleurs, l'emporta deux jours plus tard. (V. obs. XLIX.)

Par contre, Winckel pense que dans le cas rapporté déjà par Sainclair (V. obs. XXVI) l'extraction du calcul a donné lieu à un avortement ?

Les opérations de la pierre que l'on a pratiquées dans le courant de la grossesse sont : l'extraction après dilatation de l'urètre, la taille vestibulaire de Lisfranc la colpocystotomie, la taille haute et enfin la lithotritie.

1° Dilatation de l'urètre.

Observation XXX. — DE LA MOTTE enleva après dilatation de l'urètre, un calcul de 1 once 1/2, de la vessie d'une femme qui, dans la suite, accoucha heureusement.

Observation XXXI. — RADECKI enleva à travers l'urètre dilaté une pierre qui, depuis six ans, était logée dans un diverticule de la vessie.

Elle mesurait 6 cm. 5 et 11 centimètres, le corps étranger avait 10 centimètres de long et 5 millimètres d'épaisseur.

L'urètre se laissa facilement dilater par les bougies de Hégar, à tel point qu'on pouvait introduire deux doigts dans son intérieur.

L'extraction de la pierre se fit alors sans difficulté.

Pendant trois jours l'incontinence fut absolue, mais elle disparut au bout de six jours.

La malade, au moment de l'opération était enceinte de

cinq mois, néanmoins le cours de la grossesse ne fut nullement troublé.

2° *Taille vestibulaire.*

Obserration XXXII. — HENRY THOMAS, opéra Jane Wough, âgée de 27 ans, dans le quatrième mois de sa grossesse ; il lui fit la taille vestibulaire de Lisfranc et retira de la vessie une pierre pesant 6 drachmes, ayant 1 p. 1/2 de long sur 1 pouce de large. Pendant vingt-quatre jours l'urine s'écoula à travers la plaie, alors qu'une très minime portion seule suivait le chemin normal.

Le trente-deuxième jour la guérison était complète et l'urine ne passait plus que par l'urètre.

La naissance d'un enfant mort et macéré survint prématurément dans le septième mois.

3° *Colpocystotomie.*

Observation XXXIII. — VELPEAU rapporte le cas du Dr Philippe de Reims, qui pratiqua la taille vésicovaginale sur une femme enceinte de quatre mois, à qui il enleva un calcul de 9 onces 1/2.

La grossesse continua normale mais il resta une fistule.

Observation XXXIV. — SPINELLI rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite d'une laparotomie pour fibrome de la partie antérieure de l'utérus, fit un avortement. Elle se rétablit complètement et redevint enceinte.

En même temps, troubles urinaires, ténésme, pyurie, et

parfois hématuries, qui ne firent qu'augmenter avec l'âge de la grossesse.

Au quatrième mois il examine la femme et lui trouve un gros calcul de la vessie. Elle se soumit après bien des hésitations, à l'opération dans la crainte d'un nouvel avortement. Colpocystotomie.

Spinelli trouve deux gros calculs fixés par un pédicule à la paroi de la vessie, et le bas fond du réservoir incrusté de sels. Les calculs furent extraits par débris; ils étaient développés autour de fils de soie éliminés dans la vessie, provenant de la première opération.

L'incrustation fut raclée à la curette.

Durée de l'opération plus d'une heure, anesthésie chloroformique. Suites opératoires régulières, défaut de réaction utérine.

Pendant vingt-quatre heures les mouvements fœtaux ont cependant manqué; les pulsations étaient bien sensibles.

Accouchement à terme.

Nous tenons à ce propos, à répéter avec Spinelli, l'innocuité somme tout entière de l'opération pour le cours normal de la grossesse.

Le défaut de réaction utérine après la longue et difficile opération du calcul, et la tolérance du fœtus pour le chloroforme (plus d'une heure de sommeil chloroformique) démontrent que pendant la grossesse on peut effectuer d'importantes opérations, même à proximité immédiate de l'utérus, sans danger pour le fœtus.

(V. obs. XLVII.) *Deuxième cas.* — HUGENBERGER enleva

vingt-trois jours avant le travail un calcul de la vessie par la colpocystotomie.

Observation XXXV. — JACOBSON cite un cas d'extraction de calcul vésical de 1 pouce de long sur $3/4$ de large (c. uratique) chez une femme enceinte de 6 à 7 mois.

Étant donné la grosseur de la pierre, on abandonne l'idée d'en faire l'extraction après dilatation de l'urètre et l'on pratique la taille vaginale.

La plaie est suturée, la guérison est complète en huit jours.

A cause de la grosseur du calcul actuel, et de la facilité de cette opération, Jacobson rejeta la lithotritie, opération à laquelle il eût donné la préférence, si la femme n'avait pas été enceinte.

Observation XXXVI. — MONOD cite le cas d'une femme enceinte opérée par le Dr Michon, les notes qu'il a prises sur cette malade n'ont pas été assez complètes pour que l'observation pût être publiée.

Monod ajoute que, du reste, les faits de taille médiane vaginale chez la femme, hors le temps du travail, ne manquent pas.

4^o Taille haute.

(V. obs. XLIX). — ROSENFELD en rapporte une observation.

5^o Lithotritie.

Observation XXXVII. — FREYER la pratiqua une fois avec succès chez une femme enceinte.

Nous venons de passer en revue les différentes opérations proposées ou pratiquées chez la femme enceinte porteuse de calculs de la vessie, pour lui éviter les complications qui, sans cela, seraient de règle au moment du travail. Sur laquelle de ces opérations se porteront nos préférences ?

Nous éliminerons la lithotritie, tout d'abord dans les cas de calculs libres dans la cavité vésicale.

Il ne nous semble pas, en effet, que cette opération donne toutes les garanties désirables même dans des mains suffisamment expérimentées.

On n'est jamais sûr, sinon d'avoir broyé tout le calcul, du moins d'en avoir enlevé tous les débris.

Étant donné que l'on se trouve en présence d'une femme enceinte, chez qui ces débris peuvent être le point de départ de nouvelles formations calculeuses, dont l'accroissement sera plus rapide que chez une femme qui ne l'est pas, il nous semble plus sage d'éviter à la malade la possibilité de cette éventualité.

Il est vrai que la cystoscopie peut nous donner des renseignements très importants sur l'état de la vessie, le broiement une fois effectué, néanmoins nous préférons à la lithotritie une autre opération.

A plus forte raison, si nous sommes en face d'un calcul enchatonné ; dans ce cas, en effet, les difficultés et les risques sont augmentés, et le résultat final par suite plus incertain.

Nous maintiendrons notre réserve malgré des perfectionnements apportés dans la pratique, par le cystoscope d'Albarran et le cystoscope pince de Nitze.

Quant à la dilatation de l'urètre suivie de l'extraction, cette opération peut être conseillée quand on se trouve en présence de petits calculs libres dans la cavité vésicale.

Mais il faut savoir qu'il est des cas où on doit la proscrire absolument : quand le calcul est volumineux. Le sphincter vésical serait endommagé et il en résulterait une grave incontinence.

Simonin, de Nancy, porte la dilatation jusqu'à 24 millimètres et trouve la crainte de l'incontinence illusoire ; bien plus il dit même avoir observé la cessation de ce symptôme après la dilatation.

Deschamps, en 1796, s'était déclaré adversaire de la dilatation à cause de l'incontinence de l'urine qui la suit « infirmité dégoûtante, fâcheuse, et communément incurable chez la femme d'un certain âge », disait Dupuytren (th, Concours 1812). Phocas donne comme maximum de grosseur, de calculs dont le passage est sans danger environ 2 cm. 5 à 3 centimètres.

Zangemeister considère comme dangereuse la dilatation de l'urètre portée à 3 centimètres. Heydenreich donne la préférence à la dilatation toutes les fois que la largeur du calcul ne dépasse pas 2 cm. 5 à 3 centimètres.

Winckel, en Allemagne, est arrivé récemment aux mêmes conclusions.

En pratique donc, la dilatation de l'urètre ne se fera que sur une femme porteuse de petits calculs de la vessie, c'est-à-dire presque jamais, car nous

savons que les pierres de petit volume ne sont pas très fréquentes chez la femme enceinte.

L'opération la plus couramment employée et la colpocystotomie. C'est elle à laquelle les chirurgiens ont recours le plus souvent.

La seule chose qu'ils redoutent, en général, c'est la formation d'une fistule vésico-vaginale, qui, d'ailleurs, est la règle.

Mais il est un incident fâcheux qui peut venir compliquer la taille vaginale chez la femme enceinte.

Par suite de l'augmentation du volume de l'utérus qui n'est plus organe pelvien, les rapports entre les organes du petit bassin ne sont plus ce qu'ils étaient avant la grossesse.

Et une chose, sur laquelle il faut particulièrement insister, parce qu'on l'oublie souvent, c'est la facilité avec laquelle on peut, par l'incision vaginale, atteindre et blesser l'uretère. On comprend, dès lors, comment la colpocystotomie, du fait même de cette possibilité doit céder le pas à une autre opération moins dangereuse.

Pour les calculs, petits et enchatonnés au niveau du col, on pourra employer la voie sous-symphysaire décrite par Legueu, pour pratiquer une urétrotomie externe, chez une femme possédant des polypes ou autres lésions de l'uretère.

Ses avantages sont de donner une cicatrice petite et perdue au niveau de la vulve.

« La fistule, qui est presque la règle dans la taille vésico-vaginale, ne se produit pas ici, parce qu'elle

n'est pas continuellement sollicitée par le poids de l'urine, et si elle vient à se faire, elle s'oblitére très rapidement d'elle-même. » (Moreau. Thèse. Paris' 1903.)

La technique opératoire est donnée par Legueu dans le Comptendu de la Société d'urologie. 1897, p. 398.

Dans tous les autres cas, l'opération de choix est la taille hypogastrique.

Elle seule permet de débarrasser complètement la vessie de tous les calculs enchatonnés ou non qu'elle peut contenir ; par suite la guérison est plus certaine.

Enfin on n'aura plus à redouter la fistule vésico-vaginale, que l'on sait être fréquente dans la taille vaginale.

Le seul inconvénient est une cicatrice visible, plus ou moins régulière, suivant que l'on a employé les tubes ou non.

Supposons maintenant le cas d'une femme enceinte, chez laquelle, pour une cause ou pour une autre, on n'ait pas porté le diagnostic de calcul de la vessie.

La grossesse a suivi plus ou moins normalement son cours ; les douleurs du travail ont fait leur apparition, elles sont fortes, bien soutenues ; mais malgré cela le travail ne progresse pas.

On recherche la cause de cette dystocie dans l'examen de la femme, et l'on reconnaît la présence du calcul.

Comme c'est lui qui empêche la marche de l'accouchement, c'est donc à lui qu'il semble logique de s'adresser tout d'abord ; de fait, il en sera ainsi et il suffira de faire tomber l'obstacle, la cause de la dystocie, pour que tout rentre dans l'ordre et que l'accouchement se termine spontanément.

En un mot, le traitement de la dystocie, c'est le traitement du calcul.

Plus l'opération de la pierre sera pratiquée au début du travail et moins l'on aura de chances de voir survenir les complications que nous avons citées plus haut.

Observation XXXVIII. — LA GOUCHE, en 1734, fut appelé auprès de M^{me} J. Hallez, âgée de 24 ans, qui se trouvait en douleur depuis quarante-huit heures et reconnut comme cause de dystocie un corps étranger de la vessie.

Le chirurgien Vansterwordt, appelé par lui, diagnostiqua un calcul de la vessie et l'enleva aussitôt.

Comment ? Le texte original n'en fait pas mention.

La pierre mesurait 8 pouces de circonférence 1 pouce 2 lignes d'épaisseur.

Deux heures après l'opération, la femme accoucha d'un enfant vivant portant des empreintes profondes sur la bosse pariétale correspondante.

Quatre semaines après, environ, la guérison était complète.

Observation XXXIX (cité par HUGENBERGER). — LEVRET rapporte, à propos d'une extraction de calcul de la vessie, qu'il avait recommandée spécialement, un cas observé par lui dans lequel l'opération eut le meilleur résultat.

(Voir Obs. XLVIII.) *Troisième cas.* — HUGENBERGER fit la colpocystotomie chez une femme en travail depuis vingt-quatre heures; l'accouchement se termina spontanément une heure après l'opération.

Observations XL et XLI. — DENEMANN conseille la taille vésicovaginale et rapporte deux cas dans lesquels elle fut pratiquée pendant le travail, par des chirurgiens de campagne, avec un succès absolu et parfait. On n'eut à déplorer ni fistule, ni incontinence.

(V. Obs. L). — MONOD pratiqua la colpocystotomie pour un calcul de la vessie cause de dystocie et termina l'accouchement par une application de forceps.

Il rapporte formellement qu'il n'a pas suturé la plaie vésicale et pourtant, la guérison fut absolue et complète en vingt jours.

Dans certains cas, l'intervention se borna à une simple manœuvre consistant à porter le calcul au-dessus de la symphyse, au-dessus du détroit supérieur. Cette simple manœuvre permettait l'engagement de la partie fœtale.

Observation XLII. — PAUL DUBOIS trouva entre la symphyse et la tête fœtale une tumeur solide et la fit remonter au-dessus de la symphyse pubienne, après quoi, l'accouchement eut lieu spontanément.

Dans deux autres cas, on dut faire une application de forceps.

Observation XLIII. — BRAUN dut, avant de pouvoir extraire l'enfant, faire remonter au-dessus du détroit supérieur une pierre grosse comme un petit œuf de poule qui s'était enclavé pendant le travail entre la tête fœtale et le pubis.

Pitha enleva ensuite la pierre.

(V. Obs. XLVI.) *Premier cas.* — HUGENBERGER raconte tout au long l'histoire de cette femme chez laquelle il fut assez heureux pour faire filer le calcul dans le trou ovale droit.

Observation XLIV. — NEUGEBAUER assistait à un cas dans lequel « après une soi-disant rétropulsion de la pierre dans la vessie, l'enfant avait été extrait par le forceps ».

Enfin, à titre de curiosité, il convient de citer le cas unique de la Russe.

Observation XLV. — KOCZUROWA chez une femme qui pendant trois ans, avait souffert de pesanteur dans la vessie ; le travail durait depuis trois jours pleins avec perte de liquide fétide.

Il se présente enfin, à la vulve, une masse gris-noirâtre qu'une sage-femme perfore d'un coup d'ongle ; l'urine s'écoule alors, et en même temps s'échappe une pierre grosse comme un œuf de poule.

Poids : 58 gr. 5.

Longueur : 55 millimètres.

Largeur : 45 millimètres.

Deux heures après, l'accouchement était terminé spontanément.

Cette grande fistule se ferma complètement dans la suite après quelques séances de cautérisation.

Ce cas peut donc être ajouté à ceux dans lesquels on fit la colpocystotomie pendant le travail.

Nous n'irons pas jusqu'à recommander ce procédé qui est vraiment par trop barbare, quoique les résultats en aient été excellents.

D'après ce simple exposé, Wagner concluait que la colpocystotomie au cours du travail a une suite opératoire qui peut entrer en parallèle avec les cas privilégiés dans lesquels tout se borne à une simple manœuvre digitale au travers la paroi vésicovaginale.

Si l'on rapproche ces faits de ceux que nous avons rapportés en commençant et dans lesquels l'accouchement se termina spontanément ou par une manœuvre obstétricale, il est facile de faire la comparaison et de conclure pour la colpocystotomie.

Toujours d'après ce même auteur, Wagner concluait pour la taille vaginale, avec suture immédiate. Pour éviter la rupture de cette dernière, il conseillait de diminuer la résistance à la sortie du fœtus en aval, en pratiquant au besoin une épisiotomie double.

Pourtant, malgré les conclusions de Wagner en faveur de la taille vaginale pendant le travail, nous ne partageons pas son avis et nous nous permettons, à ce propos, de rappeler les raisons pour lesquelles nous avons rejeté la colpocystotomie pendant la grossesse :

1^o La blessure possible de l'uretère ;

2° La fistule vésico-vaginale ;

3° A ces deux raisons, nous en ajouterons une troisième qui doit occuper le premier rang : l'infection dans les suites de couches.

L'ouverture dans le vagin d'une vessie infectée renfermant une véritable flore microbienne, malgré toutes les précautions que l'on pourra prendre : tamponnement vaginal avec de la gaze antiseptique, irrigation continue, est une chose qu'il faut éviter à tout prix. On doit avoir présent à l'esprit que l'on se trouve en face d'une femme souvent très épuisée, dont l'utérus se défendra mal contre l'infection.

Pour ces raisons, et cette dernière surtout, nous y insisterons à dessein, nous laisserons de côté la col-pocystotomie au cours du travail.

Pour les gros calculs de la vessie, la seule opération à faire est la taille sus-pubienne.

Nous ne répéterons pas ici ses avantages, nous ferons seulement remarquer qu'avec elle on n'aura plus à redouter l'infection dans les suites de couches du fait de la taille vaginale à laquelle a bien des chances de s'ajouter l'infection qui reconnaîtrait pour cause l'écoulement d'urine putride à travers une fistule.

Une fois le calcul enlevé, la cause de la dystocie a disparu, et l'accouchement se fera tout seul. Point ne sera besoin de faire d'application de forceps : la nature agira d'elle-même. On évitera ainsi de produire des traumatismes à un organisme affaibli qui serait une proie facile à l'infection.

Il convient de dire que l'on aura essayé auparavant, sous le sommeil chloroformique, de « réduire » la pierre au-dessus du pubis.

Si cette manœuvre réussit on terminera par une application de forceps, afin d'éviter à la femme, souvent épuisée, de nouvelles fatigues qu'elle n'arriverait peut-être pas à supporter.

Si, enfin, on se trouve en présence d'une femme chez laquelle le diagnostic du calcul vésical n'a pu être porté comme cause de la dystocie. Que va-t-on faire ?

L'examen a montré la présence d'une tumeur dure empêchant la tête de descendre, l'accouchement ne peut se terminer par les voies naturelles, — l'enfant est vivant, — si l'on veut sauver la vie de l'enfant et, on peut le dire, celle de la mère, il faut pratiquer la section césarienne ainsi que le fit M. Brindeau.

Mais, nous passons dans le domaine de la grande chirurgie que ne peut entreprendre le praticien de campagne, et qui est, avant tout, une opération de clinique.

La césarienne sera suivie de l'extraction du calcul à plus ou moins longue échéance, de préférence une fois que la malade sera remise de sa première opération.

De la sorte, on n'aura pas à redouter les complications infectieuses qui pourraient atteindre l'utérus, véritable plaie vive, du fait de l'ouverture dans le vagin de la cavité vésicale qui, elle, n'est pas dans ces conditions, exempte de nombreux germes pathogènes,

Observation XLVI. — HUGENBERGER. — Premier cas.
— *Dystocie par calcul de la vessie. Application de forceps, suivie de fente du calcul dans le trou ovale droit. Enfant vivant. Cystite catarrhale et vaginite pseudo-membraneuse dans les couches. Guérison le septième jour. Sortie de l'hôpital le premier jour.*

Le 23 mai 1874 (n° 947). — Entre à la maternité de la maison des Enfants-Trouvés de Moscou, une femme de 30 ans.

Premier accouchement : enfant à terme mais mort-né.

Deuxième accouchement : deux jumeaux vivants.

Troisième accouchement, celui actuel, a commencé il y a quatre heures.

L'orifice du col est dilaté d'environ un demi-travers de doigt.

Tour de taille, 99.

Hauteur, 33 centimètres.

Bassin normal.

Douleurs fortes et bien soutenues.

Sommet en deuxième position.

Rupture des membranes, alors que le col est dilaté d'environ deux travers de doigt et demi.

Dilatation complète au bout d'une heure et demie, soit six heures après les premières douleurs.

Malgré de violentes douleurs expulsives, l'accouchement n'avance pas et, au bout de sept heures, la tête est encore dans l'excavation.

En examinant la femme, je trouve comme cause d'obstacle à l'accouchement au-devant de la tête fœtale et au niveau de l'angle supérieur du trou oval droit, obliquement pressée contre le milieu de la paroi antérieure et interne du bassin,

une tumeur du volume du pouce, dure, allongée mesurant au moins 2 centimètres.

La place de la tumeur et surtout sa mobilité écartent l'idée d'une tumeur osseuse ou cartilagineuse du bassin et aussitôt je fais le diagnostic de calcul de la vessie.

Cette présomption devient bientôt certitude, quand, après avoir introduit une sonde métallique dans l'urètre je butai sur une pierre solidement fixée, non pas dans l'intérieur du col vésical mais dans le tiers interne de l'urètre.

Cette pierre est rugueuse et semble à première vue de forme olivaire ; elle se laisse déplacer par le cathéter seulement latéralement mais non dans le sens antéro-postérieur.

La manœuvre recommandée par Smellie — repousser la pierre avec le doigt dans la vessie — ne peut être pratiquée. La tête était, en effet, fixée dans l'excavation.

En présence du petit volume du calcul et de la possibilité de le faire glisser davantage encore dans le trou ovale droit je décidai, suivant l'exemple de Paul Dubois, de faire une application de forceps avant de faire une colpocystotomie.

Cette opération me semblait plus indiquée que toutes les tentations d'extraction qui ne se feraient pas sans difficultés et seraient autant de temps perdu.

La malade est endormie au chloroforme.

J'applique le plus petit forceps de Killian et dégage assez facilement la tête : pendant ce temps-là, je pousse la pierre dans le trou ovale droit.

Les tractions sont dirigées encore plus en bas ; le passage le long de la pierre de la tête, qui, en fait, ne s'enfonce guère plus profondément, est alors marqué, par le ressaut caractéristique et perceptible — ressaut que ressent tout

accoucheur quand il fait franchir à la tête fœtale le promontoire faisant fortement saillie.

Circulaires serrées autour du cou, l'enfant, en état de mort apparente, est rapidement ranimé.

Poids 3.500 gr.

Longueur 55 cm.

Circonférence de la tête 34 cm.

Autres diamètres : 14, 12, 8, 7 et 8 centimètres.

On remarque des traces de pression sur la tête : sur le temporal droit, une plus petite, sur le tiers antérieur du pariétal gauche, une trace plus profonde, ayant la forme d'une cuiller avec érosions de la peau.

Le placenta enlevé à la façon de Crédé pèse 900 grammes.

Durée totale de l'accouchement 13 h. 15.

L'accouchée est reportée dans son lit ; l'examen pratiqué immédiatement montre que le calcul a de nouveau franchi le col de la vessie.

Pas de lésions du vagin et principalement de sa paroi antérieure tuméfiée par suite de la pression qu'a subi l'urètre.

Quelques fissures rayonnées du vestibule et quelques érosions sur les petites lèvres tuméfiées et au niveau du périnée, voilà tout ce que l'on trouve.

Environ 200 grammes d'urine mêlée de sang et de mucosités sont recueillis par cathétérisation.

Utérus bien contracté.

Une certaine sensibilité à la pression au niveau de la vessie.

Injection et lavage de la vessie avec de l'eau tiède.

Vessie de glace sur le ventre.

Chose curieuse ce même jour, douze heures après l'accouchement alors que la malade a 40° de température et 120 de

pouls, on constatait la première apparition de plaques de fausses membranes, dans le cul-de-sac antérieur, sur la paroi droite du vagin et au niveau de la vulve.

Tout cela ne pouvait être attribué qu'à l'infection antérieure assez sérieuse des voies génitales. On pratiqua alors cautérisation à l'acide phénique.

Acide phénique	3 gr.
Alcool	69 gr.
Eau	100 gr.

Des lavages de la vessie sont faits avec une solution phéniquée à 1 0/0.

A l'intérieur quinine et opium. Le lendemain matin première rémission. Pouls: 104. Température: 38° 6.

Le soir la température remonte à 40° et le pouls bat à 132 pulsations.

Douleurs au-dessus de la symphyse, besoins fréquents d'uriner, petites quantités. Urine toujours sanglante avec dépôt purulent.

Lochies quelque peu fétides, mais en quantité normale.

Dans les cinq jours suivants, le traitement interne et externe fut identique. Sa température tomba à 38° et le pouls redescendit à 100.

Les fausses membranes disparurent. Les douleurs dans le bas-ventre et au niveau du vagin se calmèrent.

L'urine devint plus limpide et plus abondante; le sang en disparut complètement.

Le septième jour, la malade se trouvait très bien, et le neuvième jour après son accouchement, pouvait être considérée comme guérie

Ce jour et le onzième jour on pratiqua diverses tentatives

d'extraction de la pierre à travers l'urètre facilement dilatable, mais elles furent toutes sans succès.

En effet la pierre était transversalement piquée dans le col vesical et put être mobilisée suivant son grand axe.

La malade, me semblait-il, ne pouvait pas subir une lithotritie, c'était aussi l'avis de Strohmeyer.

Il déconseillait, en effet, de faire le broiement des pierres ayant plus de 1 pouce $1/2$ d'épaisseur.

De même l'idée de pratiquer la colpocystotomie sitôt après les couches, et dans un hôpital, ne me satisfaisait guère, il y avait, en effet, plusieurs cas d'infection puerpérale.

Je dus donc céder aux désirs formellement exprimés par l'accouchée. Le douzième jour je la laissai sortir, à la condition que six semaines plus tard elle se fasse faire dans un hôpital cette opération si indispensable.

Observation XLVII. — HUGENBERGER. — Deuxième cas.

— Calcul de la vessie pendant la grossesse. Colpocystotomie au début du huitième mois. Suppuration après l'enlèvement des fils. Accouchement prématuré, enfant vivant. Vingt-troisième jour. Mort par paramétrite. Une péritonite diffuse trente-neuvième jour après l'opération.

Le 4 octobre 1874. — Se présente à la polyclinique de Saint-Petersbourg la femme Pélagie Kusmina âgée de 20 ans, primipare, en proie aux douleurs prématurées de l'accouchement.

Son état général semble être singulièrement mauvais.

Aspect scrofuleux, cachectique.

Volumineuses scrofules.

Exanthème serpigineux suspect au niveau du dos et de la partie supérieure du bras droit.

Le niveau intellectuel de la femme ne permet pas de tirer d'elle le moindre renseignement relatif à l'époque de ses dernières règles.

Ce n'est que plus tard que sa mère nous a dit que dès son enfance la malade avait souffert au niveau de la vessie, et que dès le commencement de la deuxième grossesse les phénomènes douloureux avaient beaucoup augmenté en intensité.

Les dernières règles auraient eu lieu au début de mars.

Les premiers mouvements du fœtus auraient passé inaperçu.

Le ventre, moyennement développé, mesure 80 centimètres de circonférence.

La hauteur de l'utérus est de 28 centimètres, le fond est légèrement dévié à droite, et dépasse l'ombilic de deux travers de doigt environ.

Bruits du cœur siégeant à gauche et un peu haut.

Mouvements actifs à droite.

L'examen montre la tête au-dessus du détroit supérieur, sur l'aileron gauche de l'os iliaque.

Le segment inférieur n'est pas allongé l'orifice du col est fermé.

Après l'administration d'une injection sous-cutanée de morphine et d'un lavement laudanisé les douleurs s'arrêtent bientôt.

Les jours suivants, émission involontaire d'urine, ischurie, douleurs au-dessus de la symphyse.

Pouls accéléré, élévation de la température.

Je pense à une cystite et examine la malade dans ce sens.

Je constate la présence d'un corps étranger de la vessie, dur, long de 6 centimètres et large de 3 à 4 centimètres, de forme ovale.

Son grand diamètre correspond à la partie supérieure de la symphyse et semble occuper le fond de la vessie jusqu'au niveau du col.

Un cathéter métallique introduit dans la vessie montre la présence d'un corps dur, rugueux, qui, de toute évidence est un calcul de la vessie.

Le peu d'urine que l'on retire contient de l'albumine, du mucus, et parfois du sang.

L'examen microscopique montre des globules sanguins, des cellules épithéliales, des globules de pus, des petites cristaux phosphatiques mais pas de cylindres fibrineux.

Il n'y a aucun doute que l'inflammation actuelle de la vessie, chez un sujet susceptible et prédisposé, provoque des douleurs plus violentes et plus répétées et, par suite, peut être la cause d'un accouchement prématuré.

Chaque jour on pratique des lavages tièdes de la vessie, et les douleurs sont calmées par des injections de morphine.

Le 16 octobre. — Ces douleurs expulsives deviennent particulièrement fréquentes et fortes. Les voies génitales commencent à devenir plus molles. Toute la journée il en fut ainsi. Tout ce que l'on fit n'apporta qu'un maigre soulagement à la malade.

Le lendemain, après une nuit passée dans les douleurs, celles-ci augmentèrent encore d'intensité. Dès lors l'opération de l'extraction du calcul est reconnue inévitable et répond en même temps à trois indications, à savoir :

1° Conjurer le principal danger qui est l'accouchement

prématuré par suite de l'irritation constante de la vessie ;

2° Rendre libres les voies génitales en supprimant l'obstacle à l'accouchement ;

3° Guérir radicalement la malade de ses douleurs.

Le 18 octobre. — Le Dr Heppner, qui devait opérer la malade, se décida pour la colpocystotomie. La dilatation de l'urètre pour l'extraction de la pierre, la lithotritie qui eût peut-être été difficile à cause de la grossesse et de la sensibilité de la malade durent être rejetées.

Avec son élégance et sa dextérité habituelles le Dr Heppner pratiqua l'opération en vingt minutes.

L'incision partit de l'embouchure de l'urètre, intéressant le trigone, et redescendit jusqu'au fond de la vessie.

Les parois de la vessie sont aussitôt reconnues sans difficulté et la pierre extraite.

Sa forme était ovale et aplatie. Son aspect extérieur était celui d'un calcul phosphatique, elle pesait 36 gr. 3.

Environ 5 centimètres de long, 4 centimètres de large, 2 cm. 1/2 d'épaisseur.

Sa plus grande circonférence était de 11 centimètres.

La vessie est soigneusement nettoyée et évacuée du sang et des formations calculeuses qu'elle contenait, puis huit fils métalliques rapprochent ses parois.

Je donnai personnellement mes soins à la femme Kusmina.

Pour faciliter la description, je diviserai l'étude clinique des suites opératoires pendant trente-neuf jours, en trois périodes.

1° *De l'opération jusqu'à l'enlèvement des fils, neuf jours.*

Quelques vomissements à la suite de l'administration du chloroforme.

Quelques contractions utérines insignifiantes aussitôt après l'opération.

La malade se trouve bien mieux qu'auparavant et remarque principalement la disparition des pesanteurs au niveau de la vessie et des douleurs derrière la symphyse ; une seule fois, le troisième jour après l'opération, la température monta à 38°4, parce que la malade n'allait pas à la garde-robe. La température redescendit à 37° aussitôt après l'administration d'un lavement.

Le pouls qui, par suite de l'irritation incessante de la vessie oscillait toujours entre 90 et 100, descend à 80.

Les respirations sont de 20 à 30 par minute.

L'urine s'écoule involontairement mais beaucoup plus qu'auparavant.

Le premier jour seulement elle fut sanglante. On donna alors une injection vaginale d'une solution de perchlorure de fer.

A partir du cinquième jour la malade commence à uriner spontanément pendant le jour et a, seulement la nuit, encore un peu d'incontinence.

Le septième jour tout rentre dans l'ordre mais ce n'est que transitoire et dans la nuit du huitième au neuvième jour la malade perd encore un peu de ses urines.

Pendant tout ce temps les contractions utérines furent nulles.

La femme jusque-là maussade et facilement irritable, devient gaie et souriante.

L'examen des urines montre des particules de mucus, des globules de pus en moins grande importance, des cristaux et de l'albumine, mais pas de cylindres.

18 oct. S. — P. 98 ; R. 22 ; T. 37°2.

19 oct. M. — P. 94 ; R. 26 ; T. 37°4.

S. P. 104 ; R. 32 ; T. 37°8.

20 oct. M. — P. 108 ; R. 40 ; T. 37°6.

S. — P. 95 ; R. 38 ; T. 38°4.

21 oct. M. — P. 98 ; R. 28 ; T. 37°0.

S. — P. 90 ; R. 29 ; T. 37°0.

Du 22 oct. au 26. — P. 80 ; R. 30-20 ; T. pas au-dessus de 37°.

2^e. De l'enlèvement des fils jusqu'à l'accouchement prématuré, qui se fit environ dans la trente-quatrième semaine, quatorze jours.

L'enlèvement des fils eut lieu le 27 octobre, soit dix jours après l'opération et fut fait par le Dr Heppner lui-même.

En retirant les fils profonds il s'écoule un peu de sang.

Grande inquiétude, surexcitation et émotion de la femme pendant l'opération.

Nausées, vomissements, sensation de défaillance à la suite.

Le soir après un grand bain, un violent frisson accompagné d'un assez long stade de chaleur change complètement le tableau auquel on était habitué.

Malgré une forte dose de quinine la malade, le lendemain, a encore des frissons presque aussi intenses.

Le huitième et neuvième jour la malade en a quatre nouveaux très violents qui durèrent d'une demie heure à une heure entière. Le stade de chaleur est aussi de plus longue durée, forte céphalée, vomissements fréquents et accompagnés, au cinquième jour, de diarrhée abondante : douze garde-robes en vingt-quatre heures.

La pression au niveau du bas-ventre n'est nullement dou-

loureuse, pas de ballonnement. Absolument aucune douleur au niveau de la vessie et des ovaires.

Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume.

Quelques accès de toux pendant la nuit, un peu de difficulté à respirer.

Le quatrième jour, à l'auscultation, on trouve comme unique symptôme local un peu d'emphysème et quelques râles crépitax fins, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, indiquant un début de pneumonie du lobe inférieur gauche.

Ces symptômes thoraciques disparaissent pourtant vingt-quatre heures plus tard. Après, administration de quelques doses de digitale pour faire place à quelques frottements pleuraux.

Après ces symptômes il y eut des rémissions très manifestes, pourtant il était évident que l'état général de la malade périclitait. De plus, de temps à autre, il se produisait des contractions utérines qui, depuis trois semaines, étaient restées silencieuses.

Du côté de la fonction urinaire, pendant cette période, on a à citer la réapparition de l'incontinence, au moment de la congestion pulmonaire. Seulement, pendant la période d'apyrexie, les urines étaient émises spontanément.

Abstraction faite des urines émises avec des selles liquides, la quantité pour vingt-quatre heures était de 750 à 1870 gr., toujours de réaction alcaline, avec dépôt purulent léger.

L'examen microscopique montrait de nombreux cristaux de phosphate tribasique, et des cellules muqueuses, des masses amorphes colorées et rouge-sang, des globules de pus en plus grand nombre qu'aux examens précédents.

27 oct. M. — P. 82 ; R. 20 ; T. 37°0.

- S. — P. 120 ; R. 30 ; T. 47°0.
28 oct. M. — P. 112 ; R. 30 ; T. 38°2.
S. — P. 124 ; R. 40 ; T. 39°8.
29 oct. M. — P. 100 ; R. 28 ; T. 38°6.
S. — P. 120 ; R. 44 ; T. 39°6.
30 oct. M. — P. 116 ; R. 30 ; T. 39°0.
S. — P. 108 ; R. 44 ; T. 39°4.
31 oct. M. — P. 97 ; R. 28 ; T. 37°6.
S. — P. 100 ; R. 30 ; T. 38°4.
1^{re} nov. M. — P. 88 ; R. 38 ; T. 37°0.
S. — P. 94 ; R. 30 ; T. 36°9.
2 nov. M. — P. 86 ; R. 34 ; T. 34°0.
S. — P. 86 ; R. 32 ; T. 37°0.
3 nov. M. — P. 96 ; R. 34 ; T. 39°4.
S. — P. 90 ; R. 32 ; T. 36°6.
4 nov. M. — P. 94 ; R. 36 ; T. 36°5.
S. — P. 100 ; R. 38 ; T. 40°0.
5 nov. M. — P. 76 ; R. 28 ; T. 36°2.
S. — P. 90 ; R. 30 ; T. 37°8.
6 nov. M. — P. 80 ; R. 30 ; T. 36°6.
S. — P. 86 ; R. 30 ; T. 38°3.
7 nov. M. — P. 82 ; R. 30 ; T. 36°8.
S. — P. 90 ; R. 30 ; T. 38°0.
8 nov. M. — P. 88 ; R. 30 ; T. 37°0.
S. — P. 100 ; R. 42 ; T. 38°4.
9 nov. M. — P. 104 ; R. 30 ; T. 38°6.
S. — P. 90 ; R. 30 ; T. 38°2.

3^e De l'accouchement jusqu'à la mort, quinze jours.

Le 2 novembre. — A 2 heures du matin, violentes douleurs expulsives, rupture prématurée des membranes.

Malgré le grand épuisement de la malade, le col était dilaté complètement au bout de onze heures.

Une heure vingt-cinq minutes après, la femme donnait le jour à un enfant vivant, avant terme (8 mois).

Poids : 1.750 grammes. Longueur 44 centimètres. Les autres mesures étaient en rapport avec l'âge du fœtus.

Jusqu'au soir du cinquième jour de ses couches la malade se trouva soulagée.

Elle eut quelques frissons au moment de la montée laiteuse, le soir du deuxième jour, et, pour la première fois, le troisième jour.

Après sa délivrance elle se plaignait de douleurs dans la région des reins. Ces douleurs s'irradiaient dans le bassin en suivant la direction des uretères.

La compression froide les calma jusqu'au cinquième jour. La femme eut alors un violent frisson, en même temps que réapparurent dans l'hypogastre gauche des douleurs intenses partant de la région rénale.

Vomissements. Tympanisme, tuméfaction du côté droit de l'utérus, frissons le septième jour au soir nouvelles douleurs et élancements dans la région rénale.

Le huitième et neuvième jour, le ventre est dur, tendu et très douloureux, quoique il n'y ait pas beaucoup de météorisme.

Le premier jour, on sentait à gauche, dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac postérieur des masses dures et bosselées.

Elles augmentèrent rapidement de volume le lendemain, et semblaient ne plus former qu'une seule masse molle et fluctuante occupant toute la moitié gauche du fond du vagin.

Le soir nouveau frisson violent suivi d'une rémission apparente et de sueurs abondantes le lendemain.

Les forces périlclitent de plus en plus, la malade est prostrée, et tombe en somnolence le douzième jour.

Le moindre contact de la partie inférieure de l'abdomen est insupportable.

Constipation opiniâtre, vomissements répétés d'aspect fécaloïde. Collapsus et mort en pleine connaissance le quinzième jour au matin.

Relativement aux caractères de l'urine pendant les suites de couches, il est à remarquer que pendant les frissons, aussi bien qu'au moment des élancements violents dans la région rénale, l'urine, émise involontairement avait une forte odeur ammoniacale.

Dans l'intervalle des crises la quantité variait entre 500 et 1.300 grammes.

L'examen microscopique montrait une quantité de globules de pus et de mucus, bien plus considérable que précédemment.

10 nov. *M.* — P. 86 ; R. 32 ; T. 37°2.

S. — P. 100 ; R. 30 ; T. 36°5.

11 nov. *M.* — P. 106 ; R. 30 ; T. 37°0.

S. — P. 110 ; R. 32 ; T. 39°1.

12 nov. *M.* — P. 90 ; R. 30 ; T. 39°0.

S. — P. 105 ; R. 30 ; T. 38°8.

13 nov. *M.* — P. 94 ; R. 30 ; T. 37°8.

S. — P. 90 ; R. 27 ; T. 38°4.

14 nov. *M.* — P. 80 ; R. 22 ; T. 77°0.

S. — P. 84 ; R. 20 ; T. 37°1.

15 nov. *M.* — P. 82 ; R. 20 ; T. 37°0.

- S. — P. 130 ; R. 50 ; T. 40°6.
- 16 nov. M. — P. 100 ; R. 40 ; T. 38°8.
S. — P. 94 ; R. 29 ; T. 39°0.
- 17 nov. M. — P. 88 ; R. 24 ; T. 77°0.
S. — P. 88 ; R. 22 ; T. 37°8.
- 18 nov. M. — P. 90 ; R. 27 ; T. 38°6.
S. — P. 90 ; R. 28 ; T. 39°0.
- 19 nov. M. — P. 116 ; R. 36 ; T. 39°8.
S. — P. 112 ; R. 30 ; T. 39°2.
- 20 nov. M. — P. 120 ; R. 34 ; T. 38°5.
S. — P. 120 ; R. 40 ; 40°0.
- 21 nov. M. — P. 94 ; R. 24 37°8.
S. — P. 112 ; R. 28 ; 38°5.
- 22 nov. M. — P. 90 ; R. 24 ; T. 37°0.
S. — P. 84 ; R. 24 ; T. 37°8.
- 33 nov. M. — P. 86 ; R. 22 ; T. 38°2.
S. — P. 120 ; R. 38 ; T. 38°6.
- 24 nov. M. — P. 128 ; R. 34 ; T. 37°5.
S. — P. 132 ; R. 52 ; 36°0.

AUTOPSIE. — Trente heures après la mort.

Les organes thoraciques ne montrent rien d'anormal. Le poumon gauche est un peu plus congestionné que le droit, mais laisse échapper des bulles d'air.

Les deux plèvres contiennent environ une cuillerée et demie à bouche de transsudat séreux.

Le cœur contient du sang noir fluide.

Dans la cavité abdominale, on trouve les lésions d'une péritonite aiguë généralisée.

Les organes sont soudés entre eux et à la paroi abdominale.

L'anse sigmoïde déviée à droite est soudée au fond de

l'utérus qui déborde à peine le bord supérieur de la symphyse.

Ces adhérences une fois rompues on trouve dans le cul-de-sac antérieur ainsi que dans le cul-de-sac postérieur de Douglas, jusque dans le petit bassin une certaine quantité de pus contenant des flocons de fibrine.

Les deux reins sont augmentés de volume (11 cm. de diamètre).

A leur superficie, on voit des bosselures avec de profonds étranglements, soit linéaires, soit ravinés.

La capsule fibreuse est adhérente au niveau des portions en retrait.

A la coupe, disparition de la substance corticale au niveau des étranglements, qui, partout ailleurs, est cornée et de coloration brun-jauné.

L'examen microscopique montre des lésions de néphrite interstitielle chronique, et de néphrite parenchymateuse récente.

Les calices et les bassinets sont très dilatés et remplis d'un liquide purulent.

Les deux uretères sont dilatés (environ l'épaisseur du petit doigt).

Leur paroi ont 3 millimètres d'épaisseur.

L'uretère droit principalement au niveau de son aboutissement dans la vessie.

Les orifices des uretères ont une forme ovale et allongée. Les replis en forme de lèvres, que l'on trouve à l'état normal n'existent pas.

La vessie est contractée : ses parois sont très hypertrophiées (1 cm. d'épaisseur.)

La muqueuse est assez rouge, de-ci et de-là on voit des sugillations.

On peut à peine retrouver la trace de l'opération.

A la surface de la vesie derriere l'ouverture de l'urètre, on trouve l'excavation couverte de sugillations ponctiformes, sur un espace de 1 cm. 5 de long sur 1 cm. de large.

Sur le vagin on voit la marque d'une écorchure superficielle de 2 centimètres de long formée de stries transversales, n'occupant pas tout à fait la ligne médiane, mais plutôt le côté droit.

Utérus à peu près revenu à son volume normal.

Parois de 1 centimètre à 1 cm. 5 d'épaisseur, 12 centimètres de longueur, 7 centimètres de largeur à sa base. Adhérences le retenant aux annexes. Abscès dans le paramétrium.

Les deux trompes sont tellement augmentées qu'on ne reconnaît plus leurs rapports anatomiques normaux.

Parois épaissies, lumières remplies de pus.

Ovaire gauche augmenté de volume et rempli de pus.

Ovaire droit un peu plus libre, portant un corps jaune récent.

Muqueuse utérine décolorée, trace de la place du placenta au niveau de la corne gauche.

Observation XLVIII. — HUGENBERGER. — Troisième cas. — *Volumineux calcul de la vessie cause de dystocie. Colpocystotomie pendant le travail. Accouchement spontané. Enfant vivant. Pyélonéphrite ancienne. Phlegmon périnéphrétique. Infiltration d'urine dans le tissu environnant. Péritonite suraiguë. Mort le quatrième jour après l'accouchement.*

Le 22 novembre 1871. — La femme M... P..., âgée de 20 ans, entra à l'Institut des sages-femmes; primipare à terme.

Elle déclare que depuis vingt-quatre heures elle est en douleurs, elle avait appelé une sage-femme près d'elle. Malgré de violentes douleurs, le travail n'avancait pas, l'accouchement ne se faisait pas. S'impatientant, elle avait, de son propre gré, laissé la sage-femme et était venu demander aide à la maternité.

La sage-femme, pour expliquer la lenteur de l'accouchement, pensait que la poche des eaux s'était rompue prématurément dès les premières douleurs, et, en second lieu, et surtout, que la cause était une chute malheureuse sur la glace faite il y a deux semaines, chute ayant produit de fortes contusions de la moitié droite du corps, et de la région lombaire.

Jusqu'au début du travail, elle était restée ainsi souffrante et avait uriné du sang en grande abondance.

Elle avait remarqué une bosse et ressentait, le soir surtout, une douleur paroxystique qui, partant de la région rénale, s'irradiait ensuite dans l'abdomen.

Rétention absolue d'urine depuis le début du travail.

Ce n'est que plus tard que nous sûmes que la malade, depuis sa plus tendre enfance, avait ressenti des douleurs au niveau de la vessie et surtout avait eu de la dysurie. Ce ne fut qu'à l'âge de 18 ans qu'elle consulta un médecin à ce sujet, à Wischinwolotschok, le traitement, qu'il lui fit, amena du soulagement.

État général très mauvais, aspect cachectique de la femme qui semble épuisée et misérable à l'extrême.

Circonférence du corps, 88 centimètres.

Hauteur de l'utérus 28 centimètres.

Mensurations normales du bassin tant externes qu'internes.

Bruits du cœur du fœtus, à droite et en dessous de l'ombilic.

La première chose que l'on rencontre en pratiquant l'examen, c'est au niveau du tiers postérieur de la portion vaginale, l'urètre faisant, au travers la vulve, une saillie plus grosse qu'une noix de galle.

Cette partie exstrophée est pâle, livide, fortement ridée, et, en maints endroits, semble déjà gangrénée.

Immédiatement en arrière, je sens, recouvert par la portion médiane de la paroi antérieure du vagin, un corps dur ayant plus de 4 centimètres d'épaisseur sur 6 centimètres de largeur. Ce corps est complètement immobile et comme fixé à la face interne de la symphyse. Contre lui, fortement pressée on sent, au-dessus, la tête fœtale en occipito-iliaque gauche.

L'examen vaginal, à lui seul, suffit pour diagnostiquer une exostose du bassin comme causes de la dystocie.

La tumeur se laisse contourner avec le doigt de chaque côté de la ligne médiane ainsi qu'à sa partie postérieure.

J'introduis un cathéter métallique dans cette cystocèle vaginale partielle, à travers l'urètre exstrophé ainsi que je l'ai dit plus haut. Mais précisément trop perpendiculairement je ne puis passer derrière l'obstacle et je trouve l'orifice vésical absolument fermé par une pierre. Du côté gauche j'obtiens très nettement le choc métallique, le calcul semble enchatonné dans le col de la vessie ou contenu dans des replis de la muqueuse.

Cette cathétérisation ne ramena pas une goutte d'urine de la vessie.

Pensant me trouver en face d'une volumineuse formation calculeuse, et, d'autre part, sentant que le danger était du côté de la paroi vésicovaginale, je me décidai, sur-le-champ à lever l'obstacle, cause de la dystocie qui n'avait que trop duré et à pratiquer la colpocystotomie.

La malade endormie au chloroforme est mise en position.

Une valve est appliquée sur la paroi postérieure du vagin ; la paroi antérieure est attirée par 2 pinces et maintenue dans cette position.

J'enfonce le bistouri sur mon cathéter, un peu en arrière de l'orifice vésical, traverse la cloison vésicovaginale et fais une incision de 6 centimètres environ. Une fois arrivé à l'extrémité de l'incision, j'aperçois s'écouler quelques gouttes d'une urine trouble et purulente.

Presque pas d'hémorragie.

Le doigt est introduit dans la plaie et sent une pierre libre à gauche, mais dont l'autre moitié environ est fixée dans le col vésical.

La mobilisation est assez facile, par contre, l'extraction, malgré la largeur de l'incision, ne se fait pas sans difficulté ; la pince à calcul ne peut être employée et est remplacée par la pince à faux-germes.

Après lavage et nettoyage de la cavité vésicale, suture avec neuf fils métalliques, avant que l'accouchement ne soit fini.

Je craignais, en effet, en laissant la plaie béante, de courir le danger d'une déchirure plus étendue.

Une heure après l'opération, l'accouchement était terminé par les seules forces de la nature.

L'enfant, de taille moyenne, qui avait des circulaires du

cordon, naît en état de mort apparente, et est bientôt ranimé.

Poids : 2.510 grammes.

Longueur : 51 centimètres.

Sur le tiers postérieur du pariétal droit grosse bosse séro-sanguine ; sur la bosse pariétale droite, traces de pression de la pierre, profondes et étendues.

Sur le frontal et sur le pariétal gauche, dans son tiers antérieur, marques semblables produites par le promontoire.

Le calcul de forme ovale assez aplatie semble, à première vue, formé d'oxalates. Poids, 110 grammes. Sa plus grande circonférence mesure 15 centimètres, sa plus petite 13 cm. 1/2, sa plus grande épaisseur est de 4 centimètres.

Les trente premières heures après l'accouchement furent relativement bonnes malgré le grand épuisement de la femme.

L'urine suinte par places, mais s'écoule en moyenne partie par l'urètre ; les fils n'ont pas bougé du fait de l'accouchement, leur coaptation est bonne.

La malade se plaint seulement de douleurs dans la région rénale. A ce niveau, comme avant l'accouchement, on constate actuellement du gonflement.

Les lochies sont peu abondantes ; après la sortie d'un volumineux caillot, sentant mauvais, leur quantité augmente. Dans la nuit du deuxième au troisième jour après l'accouchement, vomissements, ballonnement du ventre, violentes douleurs péritonéales, surtout dans le côté droit.

Dans le cours du troisième jour une quantité abondante d'urine commence à s'écouler à travers une portion gangrénée de la suture.

Les symptômes d'une péritonite septique suraiguë s'installent : météorisme, violentes douleurs dans le bas-ventre et dans le côté droit de l'abdomen. Prostration complète.

La mort survint au quatrième jour.

AUTOPSIE. — Pratiquée quarante heures après la mort par le Dr Heppner.

Peu de rigidité cadavérique. Énorme distension du ventre, tache verdâtre étendue; lividités étendues sur les flancs.

Ouverture de la cavité abdominale. On trouve une certaine quantité d'exsudat couleur bouillon sale.

Pas d'adhérences de l'intestin. Seul le côlon ascendant en présente de récentes à la partie supérieure de la fosse iliaque droite.

Foie et rate augmentés de volume. Les lobules hépatiques sont détruits, le tissu splénique est ramolli par la suppuration.

Les deux reins sont très augmentés de volume.

Rein gauche. — 14 cm. de long,

7 cm. de large,

4 cm. d'épaisseur.

Capsule fibreuse adhérente, partie supérieure bosselée.

Surface irrégulière, présentant des sillons intéressant et creusant le parenchyme.

Le bassinèt est fortement allongé.

Les calices ont la grosseur d'une noix de galle et, en maints endroits, apparaissent nettement à la surface de l'organe.

La paroi des bassinets est épaissie, leur muqueuse est trouble.

Le tissu rénal est très diminué en épaisseur et a disparu complètement en certains endroits. On voit, en outre, dans la

substance corticale des petits points jaunes qui, au microscope, furent reconnus être des abcès miliaires.

Rein droit. — 14 cm. de long,

7 cm. 5 de large,

3 cm. 8 d'épaisseur.

Offre par ses dimensions le même processus.

La capsule adipeuse, à la partie antérieure et à l'extrémité inférieure, présente des foyers putrides.

La capsule fibreuse se laisse détacher en peu d'endroits sans déchirer le parenchyme. A la superficie, en outre des abcès miliaires, on en trouve de plus gros formant des placards d'un gris-verdâtre.

En quelques endroits on trouve des fissures irrégulières faisant communiquer directement les calices et le phlegmon périnéphrétique.

La dilatation du bassinet et des calices, d'une part, l'atrophie et la friabilité du tissu rénal d'autre part, montrent ce rein bien plus atteint que le précédent.

La même chose pour l'épaississement des parois du bassinet et leur décoloration.

Les deux uretères sont dilatés : le droit laisse introduire le petit doigt, parois épaissies.

Orifice vésical normal.

Vessie à l'état de forte contraction musculieuse, très hypertrophiée surtout au sommet (0 cm. 8 d'épaisseur).

Muqueuse simplement congestionnée par places, mais fortement tuméfiée et enflammée au niveau du bas-fond et de l'ouverture de l'urètre surtout à droite et parcourue de crevasses érosives plus ou moins profondes.

En maints endroits ces érosions sont recouvertes d'un

enduit pultacé et l'on trouve de nouvelles incrustations de sels urinaires.

L'incision de l'opération passe un peu à droite de la ligne médiane, et a environ 5 centimètres. L'extrémité supérieure de l'incision est béante. Entre les fils la réunion des bords de la plaie semble déjà s'être effectuée.

Le vagin, au niveau de la suture, est décoloré, gangrené par places. A la partie supérieure de l'incision on trouve une languette de tissu sain de 1 cm. 5 de large, à laquelle fait suite une nouvelle portion gangrenée de la grandeur d'un demi-rouble, mais n'intéressant pas la totalité de la paroi.

Utérus. — Mou.

Col. — Déchiqueté putride.

Observation XLIX. — ROSENFELD. — La malade, âgée de 27 ans, entra le 5 mai 1895 dans ma clinique privée.

Son état était alors inquiétant.

Elle ne pouvait à peine marcher, à cause de violentes douleurs, et donnait l'impression d'être près de sa fin.

Quoique ses parents fussent d'une condition sociale élevée, on n'avait jusqu'alors jamais fait appeler le médecin :

Pendant cinq jours entiers la malade ne put émettre la moindre goutte d'urine, elle ressentait de très vives douleurs dans la vessie, et avait un pressant besoin d'uriner.

Depuis quatre semaines ses règles étaient supprimées, elle pensa d'elle-même qu'elle était enceinte.

Elle n'y avait pas attaché trop d'importance, peut-être par pudeur, la malade n'étant pas mariée ; elle travaillait chez elle et vaquait à ses occupations autant que cela lui était possible.

Au point de vue de ses antécédents très peu de choses à rappeler.

Père et mère bien portants.

Huit frères ou sœurs, tous en bonne santé.

Elle n'a eu que peu de maladies.

Dans sa plus tendre enfance, elle expulsa spontanément un petit calcul vésical.

Il y a trois ans, première grossesse avec suites de couches normales, ayant donné le jour à un gros enfant mais qui mourut peu après sa naissance.

La grossesse actuelle remonte seulement à quatre semaines.

Il y a cinq jours, il lui fut tout à coup impossible d'uriner, à chaque tentative elle souffrait atrocement.

Le premier jour elle put tout de même, après de violents efforts expulser quelques gouttes d'urine, mais ce fut tout.

Depuis huit jours elle n'a eu aucune garde-robe.

Ses parents avaient remarqué que depuis deux ans elle ingérait une grande quantité de liquide 4 à 5 litres par jour.

Elle ne pouvait rester ni assise ni couchée. Les cinq dernières nuits elle était restée debout au pied de son lit, ce qui lui valut une forte bronchite.

La première tentative d'examen fut accompagnée de si violentes douleurs que l'on dut continuer l'examen sous chloroforme.

L'inspection et la palpation de l'abdomen montrent une tumeur médiane que l'on reconnaît être l'utérus par la palpation bimanuelle.

Au toucher, le doigt rencontre, sur la paroi antérieure du vagin, une tumeur dure faisant saillie dans son intérieur mais que l'on ne peut suivre jusqu'en haut.

La palpation bimanuelle montre qu'elle siège dans la vessie.

On arrive à peine à atteindre la partie supérieure de ce corps dur, et ce n'est qu'en déprimant fortement la paroi qu'on arrive sur cette partie de la tumeur.

Une sonde en argent introduite à travers l'urètre donne le choc caractéristique de la présence d'un calcul.

Bien que la sonde fût réellement dans la vessie, il ne s'écoula aucune goutte d'urine. On pensa à une rétention d'urine dont la cause était l'oblitération de l'orifice du col par le calcul, et l'on tenta de la repousser dans la vessie.

On réussit enfin à introduire la sonde entre le calcul et la paroi supérieure de la vessie et l'on retira goutte à goutte environ 100 centimètres cubes d'urine trouble à très forte odeur ammoniacale.

On introduisit en même temps l'explorateur métallique qui permit de reconnaître la présence d'une pierre ayant plus de 6 centimètres de longueur et semblant occuper toute la cavité vésicale.

Le cœur est sain.

Aux poumons, forte bronchite.

Diagnostic : Pierre volumineuse de 6 centimètres ;

Grossesse de cinq mois ;

Utérus bien développé et en antéflexion ;

Cystite purulente.

Malgré le mauvais état de la malade qui n'était guère encourageant, je me décidai, à l'opération prochaine, étant donné les douleurs, la rétention d'urine et le danger menaçant de l'urémie.

La grosseur du calcul ne permettait que la taille.

La lithotritie, en effet, pour des pierres de plus de 6 cen-

timètres est encore moins praticable chez la femme que chez l'homme.

Dans ce cas, il ne fallait pas y penser, car la réaction de la vessie était telle, même sous le chloroforme, qu'on n'aurait pas manœuvrer le lithotriteur sans produire de sérieuses lésions du côté de la paroi vésicale.

La grossesse et le catarrhe de la vessie étaient des contre-indications de l'opération.

La colpocystotomie était à rejeter malgré peut-être sa possibilité, car l'excitation des terminaisons nerveuses de la paroi vésicale auraient sûrement amené l'avortement.

Il ne restait plus que la taille hypogastrique.

L'opération fut pratiquée le 5 mai. La malade, chloroformée, est mise en position de Trendelenbourg.

Je fis sur la pierre une incision transversale le long de la ligne blanche de 10 centimètres de long, jusqu'à la symphyse.

Une sonde est introduite dans la vessie, que l'on remplit d'eau boriquée.

A l'aide d'une grande pince la pierre est enlevée, derrière elle se trouve une urine purulente en assez grande quantité.

Après nettoyage de la vessie, n'osant pas, à cause de la cystite aiguë, fermer le tout, je fixai les bords de la vessie à la peau.

Un drain entouré de gaze iodoformée est mis en place et retenu par un crin.

Grand pansement antiseptique. La malade est mise dans la position latérale dans son lit, et l'urine est évacuée toutes les heures par le drain. Elle revint vite à elle.

Deux heures après l'opération elle donna une bonne quantité d'urine trouble et purulente et de même dans la nuit.

Le soir son pansement est traversé et doit être changé.

T. : 37°3.

Le lendemain 6 mai, T. : 37°7. Nouveau pansement.

La plaie a bon aspect.

Pas de douleurs, ni de sensibilité à la pression.

En vingt-quatre heures, 2 litres d'urine plus 600 à 800 centimètres cubes perdus dans le pansement.

Du côté des poumons, respiration gênée dans le courant de la journée.

Le soir après le pansement, l'auscultation fait entendre des râles éclatants. On a de la matité.

Pouls : 100.

A 10 heures du soir collapsus. T. : 35°9. Injections d'huile camphrée, la malade revient à elle à minuit et demi.

Quarante heures après l'opération l'avortement a lieu. Sans grandes douleurs l'enfant est expulsé spontanément, la délivrance est complète vingt minutes plus tard.

Fœtus de 20 centimètres de long (entre 4 et 5 mois).

Hémorragie : 300 grammes environ.

La température resta toujours basse dans la suite :

7 mai. — T. 36°. Pansement renouvelé, bel aspect de la plaie qui est rouge et pas du tout infiltrée.

Pas de douleurs à la pression.

Symptômes pulmonaires très nets, pouls petit, malgré injections répétées d'huile camphrée.

8 mai. — Syncope, mort au matin.

Autopsie. — Pratiquée par le Dr Merkel. Pneumonie diffuse du lobe supérieur gauche et des lobes, inférieur et moyen, droits.

Cœur, petit et friable, normal pour le reste.

Péritoine normal, pas traces d'abcès dans le ventre.

Dégénérescence complète du rein gauche.

Hypertrophie compensatrice du rein droit.

Hydronéphrose et pyélonéphrite du rein droit.

Forte dilatation de l'uretère droit. Cystite purulente.

Les bords de l'incision sont très nets et sont absolument sains.

Observation L. — MONOD. — La nommée Br..., femme L..., du village des Vertus, près Paris, âgée de 42 ans, d'une forte constitution, avec prédominance du système sanguin; employée dès son jeune âge aux travaux des champs. Réglée à 14 ans régulièrement, mais imparfaitement, commença à éprouver, à l'âge de 20 ans, des douleurs vives dans la région du rein droit; cette douleur lui revenait sous forme de crise deux à trois fois dans la journée pendant un quart d'heure.

Au bout de huit jours ces crises firent place à une douleur dans la région de la vessie au moment de l'émission des urines. Plus tard survinrent au ténesme vésical presque permanent, et un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre.

L'émission de l'urine devint de plus en plus fréquente et douloureuse.

Dans cet état, vingt-deux ans après le début de la maladie, la femme L..., devint enceinte. La grossesse parcourut toutes ses périodes sans offrir rien de remarquable.

La sage-femme de son village, appelée auprès d'elle, au moment où les douleurs de l'accouchement se manifestèrent, découvrit dans le bassin une tumeur qui empêchait la tête de

l'enfant de descendre et fit transporter la malade à la maison d'accouchement.

C'était le 3 octobre 1849, à 6 heures du soir.

L'aide sage-femme appelée auprès de la malade reconnut qu'une tumeur dure, inégale, volumineuse, occupait l'excavation pelvienne, derrière et sous la symphyse du pubis.

Elle pensa à la présence d'un calcul de la vessie. L'introduction d'une sonde dans le réservoir confirma le diagnostic.

En arrière on sentait l'orifice de l'utérus, souple, mince, dilaté de 15 millimètres environ. La tête était élevée au-dessus du détroit supérieur, se présentait en première position. Les contractions utérines étaient faibles et éloignées.

Les membranes étaient rompues depuis midi. Les battements du cœur du fœtus, forts et réguliers, s'entendaient à gauche et en avant.

MM. Dubois et Danyau étant absents de Paris, M. Monod avait été chargé de les remplacer et M^{me} Charrier le fit appeler. Ce chirurgien arrive à minuit.

Dans cet intervalle, le travail avait marché fort lentement, le toucher permettait de constater l'existence de deux tumeurs placées l'une au-dessus de l'autre, en contact, toutes deux fixes, la plus élevée était constituée par la tête du fœtus déprimant la paroi antérieure et inférieure de la matrice et venant s'appuyer sur la deuxième qui était constituée par le calcul enveloppé par la vessie et chassée dans le vagin par la pression de la tête.

Il était facile de constater que le calcul était très volumineux et mural.

Dans cet état de choses, M. Monod pensa comme M^{me} Charrier :

1° Que le cacul, dans cette position, était un obstacle insurmontable à l'accouchement ;

2° Qu'il était impossible de faire remonter le calcul au-dessus de la symphyse.

Il ne restait pas autre chose à faire que d'extraire le corps étranger.

La malade ayant été placée dans la position ordinaire pour l'opération de la taille est endormie par le chloroforme. M. Monod pratiqua, au moyen d'un bistouri simple, une incision d'avant en arrière sur la partie saillante de la tumeur constituée par la paroi antérieure du vagin et le bas-fond de la vessie. Celle-ci était tellement appliquée sur le calcul, dont les aspérités gênaient d'ailleurs le jeu des instruments, qu'il fut impossible de faire usage des tenettes, et ce fut à l'aide des doigts seulement, que le chirurgien parvint, après des efforts lisses, longs et assez pénibles, à extraire le calcul.

Immédiatement après, le forceps fut appliqué par M^{me} Charrier sur la tête encore contenue dans la matrice, dont l'orifice était souple et facilement dilatable, et l'enfant fut extrait sans difficulté.

C'était un garçon à terme du poids de 3.000 grammes, asphyxié, mais donnant encore quelques signes de vie. L'insufflation des autres moyens employés pour rappeler la vie déterminèrent quatre ou cinq inspirations, mais ne purent empêcher la mort.

La délivrance fut naturelle ; immédiatement après, il s'écoula un peu de sang fluide ; l'utérus se rétracta bien, mais le col resta mou et béant.

Deux grammes de seigle ergoté et trois doses amenèrent la rétraction complète de l'organe ; l'hémorragie cessa.

La malade, quoique fatiguée, n'éprouve aucune douleur vive; le poulx est plein, développé, un peu fréquent; la face est colorée.

A 3 heures du matin, la malade est transportée à l'infirmérie.

4 octobre. — A 5 heures du matin, le besoin d'uriner se fait sentir, et l'urine, mêlée de sang, est expulsée en grande partie par le canal de l'urètre, sans douleur.

Plusieurs fois dans la matinée et dans la journée, l'émission d'urine sans mélange de sang, a lieu naturellement.

5 octobre. — Bon sommeil pendant la nuit, émission naturelle des urines. État général bon, diète absolue, gomme sucrée.

6 octobre. — Pendant la nuit céphalalgie, poulx développé réquent. Écoulement lochial normal. Les linges sont imbibés d'urine, cependant l'écoulement par l'urètre a lieu.

Saignée de 300 grammes. Diète.

7 octobre. — État général bon; pas de sécrétion laiteuse; pas de garde-robe. Même phénomène pour l'écoulement de l'urine.

Diète, gomme sucrée.

8 octobre. — État satisfaisant, deux bouillons.

9 octobre. — Même état, sauf un peu de fièvre.

Une dose d'huile de ricin amène plusieurs garde-robes.

10 octobre. — Moiteur de la peau, poulx légèrement fébrile.

Cet état fébrile diminue graduellement jusqu'au 15 octobre, jour où l'on commence à donner des aliments.

24 octobre. — La portion d'urine s'écoulant par le vagin avait été en diminuant de jour en jour, et ce matin, l'alèze

laissée pendant toute la nuit, est à peine humide ce matin.

M. Danyau avait trouvé, dès le 18 octobre, les lèvres de la plaie rapprochées au point de ne pouvoir constater avec le doigt l'ouverture par laquelle sortait l'urine.

Quelques jours après, la malade sortait complètement guérie et nous avons su depuis, que sa cure ne s'était pas démentie.

Observation LI. — WAGNER. Le 29 mai 1906, au matin une femme de 36 ans, primipare, est envoyée par son médecin à la clinique Chroback.

Celui-ci, la veille au soir, avait examiné la femme et, trouvant que l'accouchement ne progressait pas, avait dirigé celle-ci sur la clinique pour en finir par une opération.

L'interrogatoire et l'examen nous apprirent ce qui suit :

La malade, dans son enfance, avait eu la rougeole et la scarlatine, depuis cela, elle avait toujours été très bien portante.

Réglée à 14 ans et régulièrement toutes les quatre semaines.

Le 18 septembre 1905. — Elle eut ses règles pour la dernière fois.

Au début de janvier, perception des mouvements actifs du fœtus.

Depuis huit mois, de violentes douleurs dans le bas-ventre empêchent absolument la malade de rester debout. La position couchée ou assise est seule possible.

Le 25 mai. — Elle dut perdre les eaux.

Le 28. — Une sage-femme et un médecin l'examinent.

Depuis cinq heures les douleurs sont très fortes. La femme déclare très nettement percevoir aujourd'hui encore des mouvements actifs.

La malade, petite, solidement bâtie et bien résistante a un léger mouvement fébrile (37°8, axillaire) et un pouls assez fréquent (108).

Elle est pâle, inquiète et semble fatiguée.

Rien au cœur ni au poumon. Jusqu'ici on n'avait pu faire l'examen des urines, car bien que, d'après l'inspection et la palpation la vessie ne parût pas vide, la femme ne pouvait nullement uriner.

La paroi abdominale est très résistante, et les muscles en sont presque tout le temps contractés.

L'utérus, un peu dévié à gauche est fortement proéminent.

Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt de l'appendice syphoïde.

Pas d'allongement apparent du segment inférieur.

L'enfant se présente par le sommet en première position.

La tête est engagée et presque fixée.

Les bruits du cœur de l'enfant malgré un examen plusieurs fois répété, ne purent être entendus.

Le bassin, d'après les mensurations externes, est généralement rétréci.

D. sp. 23,5.

D. c. 27.

D. tr. 29.

Le toucher montre l'orifice du col dilaté comme une paume de main ; ses bords sont minces.

La poche des eaux est rompue. La tête avec une bosse sérosanguine considérable, est transverse, n'a qu'une petite portion d'engagée, et est solidement fixée.

Le médecin de la clinique, qui tout d'abord avait fait l'exa-

men, ne pouvait s'expliquer, en dehors d'un bassin généralement rétréci, qu'une tête bien engagée, plutôt petite, ne pût, malgré des douleurs expulsives fortes et soutenues descendre dans le bassin.

Un deuxième examen pratiqué plus tard en donna l'explication.

On trouve, aussitôt après avoir franchi le vestibule, appuyée derrière la symphyse une tumeur grosse comme une châtaigne, dure comme la pierre, que recouvre la paroi antérieure du vagin.

Elle semble si solidement fixée contre la symphyse, qu'au premier moment on pense à une exostose.

On ne peut sentir son bord supérieur, car le sommet fœtal est fortement appuyé contre lui.

Un examen attentif montre que la tumeur est unique malgré son peu de facilité de déplacement à droite et à gauche.

Le diagnostic est hésitant entre une tumeur développée entre l'utérus et la symphyse, et un calcul de la vessie.

Une sonde métallique introduite dans l'urètre quelque peu dévié, démontre, d'une façon évidente, la présence d'un calcul vésical, dur, rugueux, enclavé entre la tête fœtale et la symphyse.

On interroge alors la malade qui dit qu'en effet depuis huit mois environ elle souffre au niveau de la vessie.

Son urine était trouble souvent purulente, mais jamais sanglante.

En urinant, la femme avait souvent fait la remarque que, tout à coup, le jet d'urine s'interrompait, et que, seulement après un changement de position — position horizontale — l'urine recommençait à s'écouler.

De plus la malade accusait des douleurs fréquentes et très vives dans le bas-ventre.

Il y a huit jours, elle avait présenté les mêmes difficultés qu'aujourd'hui pour uriner.

Il doit donc y avoir, par suite, une petite pierre, grosse comme un haricot, d'engagée dans le col de la vessie.

La malade ne reposant pas et ayant des contractions spasmodiques très douloureuses, on lui fait une injection sous-cutanée de 0 centig. 01 de morphine.

On refoule le calcul dans la vessie, et l'urine que l'on retire est fortement sanglante.

Le calcul, solidement enclavé, étant un obstacle à l'accouchement par suite du rétrécissement général du bassin, et malgré le petit volume de la tête, on décide une opération, pour terminer rapidement l'accouchement, étant donné l'état général de la femme.

La malade est endormie ; on essaye de refouler le calcul au-dessus de la tête et d'extraire l'enfant. Mais cette manœuvre est impossible, il ne reste plus alors à faire que la craniotomie. On donnera la préférence à cette opération dans le cas actuel, parce que la femme déclare très nettement ne ressentir aucun mouvement actif, et que, d'autre part, malgré un examen attentif répété, on n'est jamais parvenu à entendre les bruits du cœur de l'enfant.

Avec un enfant vivant, on irait au-devant de la cause de la dystocie, on s'adresserait au calcul.

Si celui-ci était dur et volumineux on ne pratiquerait ni l'extraction à travers l'urètre ni la lithotritie mais la colpocystotomie.

Sous le chloroforme la tête est encore un peu facile à

repousser, et l'on arrive, plus facilement qu'on ne s'y attendait, à faire remonter la pierre au-dessus de la symphyse.

En considération de la possibilité d'extraire un enfant vivant, on fait une tentative prudente de version, mais ce fut sans succès ; comme, d'autre part, la tête s'échappait par suite du chevauchement des os, et que la bosse séro-sanguine paraissait flasque, on pratiqua la craniotomie.

On extrait un enfant de 2.450 grammes (sans le cerveau présentant des marques de commencement de macération.

Le calcul est examiné sur-le-champ ; il présente environ 6 centimètres de long à sa partie postérieure, qui était en rapport avec la tête, 4 centimètres de large et 2 centimètres d'épaisseur. En haut il est moins épais et moins large.

A la fin de ses couches, la malade est envoyée au laboratoire de radiographie de la clinique où Eisberg en prend l'épreuve radiographique.

Sur cette dernière, la fièvre se montre située transversalement au détroit supérieur. A son pôle droit on voit l'ombre projetée par de petits calculs.

L'accouchement fut, en outre, compliqué par l'adhérence du placenta ; un suintement sanguin continu ayant amené un degré d'anémie assez sérieux, quelques heures après la sortie de l'enfant, on pratique la délivrance artificielle.

L'urine, encore en petite quantité les jours suivants, contenait de la nucléo et de la séro-albumine des sédiments dans lesquels un grand nombre de polynucléaires, divers érythrocytes, des cellules plates épithéliales et de nombreux cylindres granuleux.

Avec un traitement approprié, l'état de la sécrétion urinaire s'améliora rapidement.

Les suites de couches furent apyrétiques et sans aucune complication.

A la fin de celle-ci nous voulions pratiquer la taille, maintenant que la cystite aiguë et que la pyélite, dont l'existence n'avait pas été douteuse, étaient guéries. Mais dans la crainte d'une fistule possible, la femme se refusa à l'opération.

Observation LII. — MM. BRINDEAU ET POTTET. Nous avons observé à Saint-Antoine un cas de dystocie par calcul vésical, qui présentait de très grandes difficultés de diagnostic.

Il s'agissait d'une femme, Marie D..., âgée de 38 ans, ayant eu déjà six accouchements normaux. Elle entre à Saint-Antoine le 18 juillet, envoyée par un médecin parce qu'elle avait une présentation de l'épaule.

Examinée le 18 juillet 1907, nous trouvons une femme bien constituée, se plaignant de douleurs abdominales depuis quarante-huit heures. Au palper, on sent un utérus développé comme celui d'une femme à terme avec un fœtus vivant dont la tête est située dans la fosse iliaque. Au toucher le col est très difficilement accessible car il est refoulé à gauche et très en avant.

Le col est long, à peine perméable à l'orifice externe. Cette déviation du col est due à la présence d'une tumeur qui déforme le cul-de-sac latéral droit. Cette tumeur très dure, régulière, du volume d'un gros œuf est située à droite et en arrière. Elle semble s'insérer sur le sacrum. Quand on essaie de la mobiliser, on voit qu'on peut lui communiquer de petits mouvements de latéralité. On obtient même un choc sur le sacrum ressemblant au choc parotidien des enchondromes de cette région.

Par le toucher rectal, on sent nettement la tumeur, mais il est impossible d'arriver sur un pédicule. Nous faisons le diagnostic de tumeur pelvienne soit enchondrome, soit fibrome calcifié.

Pendant les quarante-huit heures qui suivent, la femme se plaint de violentes douleurs dans les reins et dans l'abdomen. On est obligé de lui faire une piqûre de morphine. L'utérus se contracte d'une façon assez régulière, mais malgré ces contractions, le travail n'avance pas. Le col est toujours de plus en plus dévié et fermé, la tumeur semble descendre, mais elle reste toujours franchement postérieure.

La malade demande à être accouchée le plus vite possible. Étant donné la dureté de la tumeur et la forte déviation du col, nous pensons que l'opération césarienne est indiquée. Elle est acceptée par la malade.

L'opération pratiquée classiquement, suivant le mode opératoire de Bar, permet d'extraire un enfant vivant pesant 3.450 grammes. Le placenta est enlevé et la suture utérine est faite immédiatement. On va alors à la recherche de la tumeur qui est au devant du sacrum. On la mobilise facilement avec les doigts et l'on s'aperçoit immédiatement qu'il s'agit d'un calcul vésical. On remet son extraction à plus tard.

Les suites de couches furent normales. Cependant, vers le onzième jour, la femme présenta une poussée inflammatoire autour d'une veine variqueuse avec une légère élévation de température (38° à 38°5).

On remet l'extirpation de la pierre à une date ultérieure. Lavages de vessie quotidiens, urotropine. Les urines recueillies sont très troubles et déposent beaucoup.

Le 20 août. — Exploration de la vessie avec le cathéter de Guyon, choc métallique très net. On essaie de mesurer la pierre avec le lithotriteur, mais sans succès parce qu'elle est trop volumineuse. Étant donné le volume on se décide à pratiquer la taille sus-pubienne.

Le 26 août. — On procède à cette opération. Distension vésicale, ballon de Champetier dans le vagin. Incision sus-pubienne de 8 centimètres. La vessie est nettement reconnue à sa couleur et grâce aux veines volumineuses qui la recouvrent. Fixation de ses parois à l'aide de deux pinces de Kocher; évacuation du liquide par la sonde urétrale. Ouverture de la vessie aux ciseaux, sur une longueur de 6 centimètres.

Le doigt plongé dans l'intérieur de l'organe rencontre d'abord un petit calcul du volume d'une noix.

En explorant plus profondément l'index tombe dans une arrière-cavité vésicale située très en arrière dans laquelle se trouve enclavé un gros calcul.

On saisit la pierre dans la pince à ballon de Champetier. Après plusieurs essais, on finit par la maintenir par son petit axe et la faire sortir par la plaie. Nouvelle exploration vésicale qui montre la vacuité de l'organe. On suture la vessie en deux places avec du catgut n° 2 et n° 1, pour le plan superficiel.

Lavage de la vessie qui montre la coaptation parfaite de la plaie; drain dans la cavité de Retzius, suture de la plaie. On laisse une sonde à demeure dans la vessie. Suites opératoires parfaites. Enlèvement du drain le troisième jour. Le sixième jour la sonde ayant mal fonctionné, quelques gouttes d'urine échappent par la plaie au niveau du trou du drain.

Depuis, le fait ne s'est pas reproduit. Enlèvement des fils le dixième jour. Sortie de la malade le 13 septembre. Ses urines sont encore un peu troubles.

Cette observation est intéressante par sa rareté et par les difficultés du diagnostic à cause du siège normal du calcul résultant de la déformation de la vessie et de l'enchatonnement de la pierre.

On connaît, du reste, bien ces anomalies de position de la vessie qui se rencontrent principalement chez les multipares. Le diagnostic aurait pu cependant se faire, car la femme interrogée ensuite, avouait un passé urinaire — fréquence des mictions, urines sanglantes, etc. — Mais ces signes étaient peu marqués puisqu'elle ne s'en était pas plainte. Il est certain que si nous avions pratiqué le cathétérisme avec un instrument métallique, le diagnostic eût été fait immédiatement.

Si la présence du calcul avait été reconnue avant l'accouchement, nous aurions pratiqué la taille sus-pubienne et l'accouchement se serait probablement fait ensuite spontanément.

La petite pierre pesait 20 grammes.

La grosse pierre pesait 97 grammes. Ses dimensions sont les suivantes : largeur, 5 centimètres, longueur, 3 centimètres épaisseur, 6 centimètres.

Ce sont des pierres très dures, formées d'urates.

CONCLUSIONS

Le calcul de la vessie est rarement une cause de dystocie, mais est presque toujours une sérieuse complication au moment du travail.

Exceptionnellement l'accouchement se terminera spontanément et sans lésions de l'organisme maternel.

Il est de première importance de poser le diagnostic de calcul vésical chez une femme enceinte, et de ne pas attendre le travail pour l'opérer.

De la sorte, on n'aura pas à redouter les complications qui ne manqueraient pas de se produire au moment de l'accouchement.

1° *Pendant la grossesse.* — L'extraction du calcul pourra se faire à travers l'urètre dilaté, pour les calculs dont le plus grand diamètre ne dépasse pas 3 centimètres.

La voie sous-symphysaire, décrite par Legueu pourra être avantageusement suivie dans le cas de calculs petits ou enchatonnés au niveau du col.

Dans tous les autres cas, la seule opération que l'on devra pratiquer sera la taille sus-pubienne, car c'est elle qui fait courir le moins de risques à la femme.

2° *Pendant le travail.* — Les manœuvres obstétricales que l'on pourra faire, le calcul étant derrière la symphyse, ne sont qu'un pis-aller et doivent être rejetées.

La femme étant endormie au chloroforme, on tentera tout d'abord de faire remonter le calcul au-dessus du détroit supérieur. Si la manœuvre réussit, on terminera l'accouchement par le forceps sinon, on fera la taille hypogastrique, et on laissera l'accouchement se terminer naturellement.

Si le diagnostic est hésitant, on fera la section césarienne qui aura comme premier avantage de rendre possible l'accouchement qui ne l'était pas par les voies naturelles et qui, en second lieu, véritable laparotomie exploratrice, permettra de faire le diagnostic.

Le calcul une fois reconnu, on terminera la suture de la paroi abdominale, et l'on procèdera ultérieurement à l'extraction de la pierre.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice Recteur de l'Académie

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- P. AMAND. — Nouvelles observations sur la pratique des accouchements. Paris, 1714, LVI, p. 297.
- AVELING. — *Transactions of the obstetrical Society of London*. Vol. V, 1864, p. 13.
- *Centralblatt für Gynæko.*, t. IX.
- BACKER-BROWN. — On surgical Diseases of Women. London, 1861, p. 141.
- P. BAR. — In Tarnier et Budin, t. III, p. 347 et p. 494.
- BIRNBAUM. — Cité par *Winckel*.
- LOUISE BOURGEOIS. — Manuel des sages-femmes, etc. 1644, t. I, ch. 60, III^e obs., p. 158.
- BRAUN. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1890, p. 858.
- BREUNECKE. — *Centralblatt für Gynæko.*, 1879, p. 177.
- BRINDEAU. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, nov. 1907.
- BYRNE. — *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1863.
- COHN. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1866, n^o 41, p. 396.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des acc., 2^e édition, Paris 1765, t. I, ch. V.
- DENEMANN. — Introduction to the practice of Midwifery, 5^e édition. London, 1816, p. 363.
- DICKEY, — *British medical Journal*, 1899, 9 déc.

- P. DUBOIS. — Cité par Velpeau. *Thèse de concours*. Paris, 1834.
- ERICHSEN. — *Medical Times and Gazette*, 23 juillet 1859, p. 83.
- FAYE. — In Schmidts Jahresbericht, 1879, p. 177.
- FREYER. — *Frommels Jahresbericht*, 1902, p. 454.
— *British. Gyn. Journal*, mai 1902, p. 50.
— One stone in the female bladder.
- GUILLEMEAU. — De la grossesse, etc., 1651, 1^{re} édition, 1598, l. II, p. 147.
- HAUPT. — *Thèse Halle*, 1903, 2^e cas.
- HEYDENREICH. — *Semaine médicale*, 1887, p. 273.
- HUGENBERGER. — Zur Kasinstik der Harnblasensteine in der weiblichen Fortpflanzungsperiode.
— *St Petersburger medic. Zeitschrift*, N. F. 1. V, 1875.
- HENRY JACKSON. — V. Aveling.
- JACOBSON. — *Lancet*, 1889, p. 628.
- KLEINSCHMIDT. — *Thèse Würzburg*, 1896, ref. Frommels Jahres, 1896, p. 338.
- KOCZUROWA. — Ref. Frommels Jahr., 1892, p. 176.
— *Centralblatt f. Gynæko.*, 1892, n^o 40.
- KØRUEVER. — *Monatschrift für Geburts und Gynæko.*, t. IX, p. 534.
- LA GOUCHE. — *Mercur de France*, 1734, oct. p. 2.260.
- LEGUEU. — Compte rendu de la Société française d'urologie, 1897, p. 398.
- LEVRET. — *Essais sur l'abus, etc...*, p. 147.
- LOWDWELL. — *Med. Times and Gazette*, 22 juillet 1859, p. 83.
- LUDWIG. — Ueber lithiasis der Harnwege beim weiblichen Geschlechte. Beiträge zur Geburts, und Gynæko. *Festschrift für Chrobach.*, Vienne, 1903, p. 177.
- MILEWSKI. — Lithotomie bei Frauen *Vrach*, 1889, p. 163.
— Ref. *Frommels*, Jahr 1889, p. 619.
- MONOD. — *Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 494.
— *Bulletin de thérapeutique*, 1857, p. 373.

- MOREAU. — *Thèse Paris*, 1903.
- NAGEL. — *Allge. Wiener Wochenschrift*, 9 févr., 1869, n° 6.
- NEUGEBAUER. — *Frommels Jahres*, 1892, p. 176.
- OLIVIER. — *British medical Journal*, 1894, p. 791.
- PHOCAS. — *Annales de Gynécologie*, 1890, p. 348.
- PINARD. — In *Ribemont-Dessaigue*, p. 997.
- PITHA-BILLROTH. — *Handbuch*. Vienne, 1879.
- POLAILLON. — *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 132.
- POLIS. — *Annales des mal. des org. génito-urin.*, 1892, p. 890.
- RADECKI. — *Blasenstein in Folge Fremdkörper*.
— *St. Pétersb. medic. Wochenschrift*. Livre XVIII, p. 218.
- RICHARD. — *Gazette des hôpitaux*, 1862, n° 61.
- ROSENFELD. — *Münschner, medic. Wochenschrift*, 1895, p. 906.
- SAINCLAIR. — In *Pitha-Billroths*, *Handbüch*, livre IV, ch. I, p. 282.
- FR. SCHMIDT. — *Thèse Halle*, 1893.
- SILLER. — *Centralblatt für Gynæko.*, 1901, p. 1305.
- SIMONIN DE NANCY. — *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1871-1872, p. 218.
- SMELLIE. — *Collection of Cases*, XI, n° 1.
— *Case II*, p. 139. London, 1754.
- SPINELLI. — *Annales de gynécologie*, 1900, t. 54, p. 99.
- STIERLIN. — *Zeitschrift für Gynæko.*, 1897, p. 293.
- HENRY THOMAS. — *Lancet*, 1839. vol. I, n° 2.
- TARNIER ET BUDIN. — *Tome III*, p. 347.
- TRELFALL. — *Edinburgh surgical and medical Journal*, t. 31, 1829, n° 98 p. 56.
- VELPEAU. — *Méd. opératoire*, t. IV, p. 601. *Traité complet de l'art des acc.*, t. II, p. 208.
- WAGNER. — *Zeitschrift f. Geburts. and Gynæko.*, 1907, t. LIX, p. 338.
— *Blasenstein als Geburts hindernis*.
- WILLOUBHY. — *The Country midwives opusculum on Vademecum*, p. 305.

WINCKEL. — In *Pitha-Billroths Handbuch. Handbuch der Geburts hilfe*, 1905, t. II, ch. 3, p. 2283.

ZANGENREISTER. — *Monatschrift für Geburts and Gynæko.*, XX, ch. XXII, p. 197.

ZINSTMEISTER. — *Centralblatt für Gyn.*, 1889, p. 603.

